



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

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

Kandidatnummer: 203

Eksamensnavn: SYBA 3900 Bacheloroppgave

Dato: 16.03.17

Klasse: 3A

Kull: 2014

Antall ord: 10.618



HOLDNINGER I SMERTEBEHANDLINGEN

Hvordan kan sykepleierens holdninger bidra i den postoperative smertebehandlingen?

16.03.2017

**Antall ord:
10.618**

SAMMENDRAG BACHELOR OPPGAVE

Tittel på oppgaven:

Holdninger i smertebehandlingen

Sammendrag (abstract):

Bakgrunn:

Oppgaven belyser hvordan sykepleierens holdninger kan bidra i den postoperative smertebehandlingen. Temaet ble valgt på bakgrunn av at jeg selv ønsker å lære mer om dette for å bli mer bevisst på egen praksis og hva som kan påvirke den. I praksis møtte jeg også smertebehandling som til tider viste seg å være en utfordrende del av sykepleien. Hensikten med oppgaven var å få en forståelse av hvordan holdningene er med på å påvirke smertebehandlingen, og se på muligheten for en bedre postoperativ periode blant annet ved bruk av velvære.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleierens holdninger bidra i den postoperative smertebehandlingen?

Fremgangsmåte:

Litteraturstudie med kvalitativ og kvantitativ tilnærming er benyttet som metode. Oppgavens fremstilling er basert på velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet, teori samt noen egne erfaringer.

Diskusjon, funn og konklusjon:

I drøftingsdelen fokuseres det på å se på den postoperative smerten og smertebehandling, viktigheten av å ta pasientens smerter på alvor, behandle alle pasienter individuelt, hvordan velvære kan være med på å påvirke den postoperative smerten og holdninger blant helsepersonell. Resultatene viser at holdninger kan være med på å bidra positivt, men også negativt, i den postoperative smertebehandlingen. Det viser seg at opplevelsen av velvære kan være et verktøy som er med på å redusere smertebehandlingen.

Nøkkelord:

Postoperativ smertebehandling, holdninger, velvære, postoperative smerter, sykepleier

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.2 Avgrensning.....	2
1.3 Begrepsavklaringer.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning.	3
2.0 METODE	4
2.1 Litteratursøk og søkeord.....	4
2.2 Kildekritikk.	5
2.3 Presentasjon av forskningsartikler	6
3.0 POSTOPERATIV SMERTE	9
3.0.1 Fysiologi ved smerte.	10
3.0.2 Den forventede smerte.	10
3.1 Akutte innleggelser og psykososiale behov.	11
3.2 Opplevelse av velvære.....	12
3.3 Smertekartlegging.	12
3.4 Holdninger.....	13
3.4.1 Den kognitive komponenten i holdninger.	13
3.4.2 Den følelsesmessige komponenten i holdninger.....	14
3.4.3 Den atferdsmessige komponenten i holdninger.	14
3.5 Clabo's modell.....	14
4.0 VELGJØRENHETSPRINSIPPET OG IKKE-SKADE PRINSIPPET	15
4.1 Velgjørenhetsprinsippet.	15
4.2 Ikke-skade prinsippet.	16
5.0 DRØFTING	17
5.1 Postoperativ smerte.	17
5.2 Definisjon av sykepleie og tidsperspektivet.	19
5.3 Velvære i den postoperative fasen.	20
5.4 Utfordringer i den postoperative smertebehandlingen.	23
5.5 Holdninger og kommunikasjon om smertebehandling.	25
5.6 Er smerte det samme som angst?	27
6.0 AVSLUTNING	29
Vedlegg 1	33

1.0 INNLEDNING

I løpet av 2,5 år på sykepleiestudiet har smertelindring og smertebehandling vært et aspekt som har kommet tilbake i alle praksisperioder. ”I 2012 ble i overkant av 1,7 millioner personer undersøkt eller behandlet i norske sykehus. Mange av disse pasientene har akutt og/eller kritisk somatisk sykdom”(Stubberud, 2013, s. 14). Med så mange innleggelser er det mange som opplever postoperative smerter etter kirurgi og det er stadig pasienter som opplever ubehandlede sterke postoperative smerter (Fredheim et al., 2011 & Granheim et al., 2015). På bakgrunn av at pasienter ligger færre døgn på sykehus enn tidligere er kravet til god smertebehandling økende. Postoperative smerter kan føre med seg komplikasjoner og sen mobilisering, som er ugunstig for prognosen til pasienten (Berntzen et al., 2010). Denne oppgaven forsøker å sette lys på ulike aspekter ved den postoperative smertebehandlingen, noe som kan få helsepersonell til å se på egen praksis, hva som kan påvirke den og diskusjoner rundt smertebehandling. Det er viktig å sette fokus på og å avdekke hva som kan være med på å påvirke den postoperative smertebehandlingen. Noen av mine erfaringer fra en postoperativ post vil bli brukt i oppgaven. Det bør tas i betraktning at mine oppfatninger og tanker ikke er noen sannhet og at jeg ser på smerter og smertebehandling med et uerfarent blikk. Jeg synes det er spennende å se på hvordan holdninger kan være med på å bidra inn i den profesjonelle delen av oss som helsearbeidere. Som snart ferdig utdannet sykepleier er det viktig for meg å være bevisst på hvilke holdninger jeg selv har og hvordan dette kan påvirke min profesjonalitet. Velvære er også en del av oppgaven. Det å oppleve velvære som pasient kan være med på å bidra til at pasienten opplever mindre postoperative komplikasjoner (Berntzen et al., 2010). På bakgrunn av dette kan velvære være et middel for en god lindrende omsorg og ivaretagelse av pasienten som kan bidra positivt i det postoperative forløpet.

Det er ikke sjelden sykepleiere får kritikk rettet mot seg, spesielt i media. Pasienter som ikke blir riktig behandlet, har for mye smerter og sykepleiere som har for dårlig tid er blant noen av disse eksemplene. Kritikk kan være viktig for progresjon, likevel er det viktig å fremme det positive. Denne oppgaven vil til tider være kritisk, men det gjøres på bakgrunn av refleksjon av egen opplevd praksis og er ikke et bilde av hvordan det fungerer generelt. Forhåpentligvis kan oppgaven være med på å belyse faktorer som påvirker utøvelsen av sykepleie til pasienter i den postoperative fasen.

1.1 Hensikt og problemstilling.

Hensikten med oppgaven er å se på om sykepleierens holdning kan bidra i den postoperative smertebehandlingen og hvordan. Ved å finne ut av dette har jeg trukket inn andre elementer som kan være på å påvirke den postoperative smertebehandlingen slik som postoperative smerter, smertekartlegging og velvære. Min problemstilling er formulert slik;
Hvordan kan sykepleierens holdninger bidra i den postoperative smertebehandlingen?

1.2 Avgrensning.

I denne oppgaven skal jeg ta for meg postoperative pasienter med avklart prognose. Oppgaven inkluderer den postoperative smerten de første dagene etter kirurgien. Jeg har valgt å fokusere på pasienter med akutt innleggelse og elektive pasienter vil ikke bli nevnt. Pasienter med akutte innleggelser har ofte andre behov for blant annet smertelindring enn det planlagte innleggelser har. I oppgaven kommer jeg til å bruke pasienter med lårhalsbrudd som eksempel for å skape et bedre grunnlag for drøftingen, men kommer ikke til å beskrive dette noe særlig i teoridelen. Jeg har noe erfaring fra kirurgisk ortopedisk sengepost og pasienter med lårhalsbrudd fra praksis. Grunnet oppgavens omfang kommer jeg ikke til å ta for meg kreftmerter, kroniske smerter, barn, eldre med ulike diagnoser eller rusmisbrukere. Medikamentell smertebehandling vil bli nevnt kort, men hovedvekten i oppgaven vil ligge på sykepleierens holdninger og viktigheten av velvære. Jeg ønsker å inkludere velvære i oppgaven fordi mangelen på følelse av velvære kan vises fysiologisk og dermed ha en innvirkning på den postoperative smertebehandlingen. Etikk vil bli brukt som mitt perspektiv i oppgaven og jeg har valgt å fokusere på velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet, da det er disse som best passer min oppgave. I oppgaven er betegnelsene *pasient* og *han* brukt om personen som mottar helsehjelp og *sykepleier* og *hun* om de som yter helsehjelp.

1.3 Begrepsavklaringer.

Postoperativ smertebehandling

”...behandling av smerte som oppstår i forbindelse med planlagt kirurgi eller øyeblikkelig hjelp-kirurgi inntil en uke etter inngrepet” (Wøien & Strand, 2008, s.272).

Sykepleie

”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten” (Yrkesetiske retningslinjer, 2016).

Holdning

“En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen, 2009, s.225).

1.4 Oppgavens oppbygning.

Bakgrunnen for valgt tema er lagt frem innledningsvis, samt definisjon av problemstilling, hensikt, avgrensning og begrepsavklaring. Videre følger metodekapittelet der jeg vil presentere fremgangsmåte, søkeord, kildekritikk-/metodekritikk og et sammendrag av de mest sentrale resultater og funn i de inkluderte studiene. Oppgaven er bygd opp som et litteraturstudie med formål om å studere sykepleierens holdninger når det gjelder postoperativ smertebehandling.

Som det vil komme frem i teori delen vil perspektivet i oppgaven være bygd på to etiske prinsipper, ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet. Disse kan være med å belyse ulike sider av sykepleien og hjelpe til å få flere ulike innfallsvinkler ved ulike problemstillinger (Nortvedt, 2016). Deretter følger drøftingen, med fokus på hvordan holdninger kan påvirke smertebehandlingen, hvilken betydning velvære har for den postoperative smerten og utfordringer i smertebehandlingen. Til slutt kommer avslutningen, hvor jeg kort ønsker å se tilbake på problemstillingen og læringsprosessen.

2.0 METODE

Sitert i Dalland (2012) av sosiologen Vilhelm Aubert er metode en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie, der skriftlige kilder i hovedsak benyttes i form av relevant pensumlitteratur, forskningsartikler og selvvalgt litteratur (Dalland, 2012). Jeg har valgt både kvalitative og kvantitative studier som grunnlag for oppgaven. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, som kan gi oss gjennomsnitt eller prosentdel av noe. De kvalitative studiene vektlegger meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes (Dalland, 2012). Det vil i tillegg bli nevnt noen erfaringer fra praksis i drøftingen som jeg vil se i lys av teori og forskningen anvendt i oppgaven. Utgangspunktet for oppgaven er en tydelig formulert problemstilling og den vil bli besvart gjennom å vurdere, analysere og valg av relevant forskning (Dalland, 2012). Jeg skal forsøke å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på dette området, og vise hvordan jeg har kommet frem til dette gjennom systematisert innsamling av litteratur (Thidemann, 2015).

2.1 Litteratursøk og søkeord.

For å finne primærlitteratur brukte jeg litteraturlistene i pensumbøker. Bøkene jeg fant interessante søkte jeg deretter opp i Oria som går gjennom høyskolenes bibliotek ressurser, hvor jeg fant en god del relevant litteratur for min oppgave. Jeg brukte i tillegg søkeord som ”smerte”, ”smertebehandling”, ”smertelindring” og ”postoperativ smerte” i Oria, og fant noe litteratur på denne måten. På grunn av aktualitet ønsket jeg ikke litteratur fra før 2000 tallet, så noen bøker ble ekskludert.

Før jeg startet å søke i databaser prøvde jeg å kartlegge ulike søkeord. Jeg startet med noen få og deretter fant jeg inspirasjon i andre artikler med samme tema som hjalp meg videre i søket. Følgende søkeord ble brukt for å finne forskningslitteratur; Nurse, nursing, postoperative, pain management, postoperative pain, pain, postoperative therapy, attitudes, attitude of health personal, pain measurement smertebehandling, pasientmedvirkning, holdninger, smerte og Alfild Dihle. Jeg fikk tips på tidligere praksisplass om at Alfild Dihle hadde noen gode artikler om smerte og derfor var hun med i søket. I tillegg har jeg med en artikkel skrevet og presentert av veileder for oppgaven. Grunnen til at jeg ønsket å inkludere denne er fordi den tar opp et viktig tema for problemstilling, nemlig etikk. Den beskriver også noe om

holdninger, som vil bli bedre presentert senere. For å finne forskning brukte jeg databasene Cinahl, PubMed og Google Scholar. Jeg foretok også søk i sykepleie.no, samt Tidsskriftet; Den Norske legeforening. I de tre første overnevnte databasene startet jeg med norske søkeord, men byttet til engelske søkeord, da dette ga bedre resultater. For å finne gode søkeord på engelsk anvendte jeg SweMed+ (MeSh). Ved å bruke avgrensingsfunksjoner tilgjengelig i databasene kunne jeg gjøre søket mer spesifikt og ekskludere artikler som ikke passet til min oppgave. Dette var i forhold til språk, årstall, og peer reviewed/fagfelleurdert. For å snevre treff som passet problemstillingen min brukte jeg funksjonen ”and” i databasene. Jeg valgte studiene på bakgrunn av disse avgrensingsfunksjonene, sammendraget og at jeg kunne forstå studien.

2.2 Kildekritikk.

Dalland (2012) skriver: ”kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes”(s. 67). I søket etter forskning har jeg bevisst søkt i anerkjente databaser, slik at mitt litteraturstudie baseres på god og godkjent forskning. På bakgrunn av at jeg har søkt etter forskning som er fagfelleurdert vurderer jeg det godt nok for en bachelor oppgave. Det var en god del forskning på postoperativ smerte og jeg har valgt ut de artiklene jeg mener kan gi ulike innfallsvinkler til min problemstilling. Jeg har kun inkludert forskning fra 2006 og senere, slik at det er mest mulig aktuelt. 2006 er nå 11 år siden, så derfor kan det være at noe har endret seg siden da. Den eldste studien inkludert, skrevet av Dihle & Helseth (2006), er en anerkjent studie som ofte blir brukt og som jeg ønsket å inkludere i min oppgave. Noen av artiklene jeg har valgt er opprinnelig skrevet på engelsk, slik at feiltolkninger kan forekomme. Jeg har brukt god tid til å sette meg inn i forskningsartiklene, slik at oversettelsen og innholdet skal være så nøyaktig som mulig.

Clabo’s studie (2007) er amerikansk og baserer seg på det amerikanske helsesystemet som på mange måter skiller seg fra det norske. Grunnen til at studien likevel er relevant for min problemstilling er fordi den baserer seg på sykepleierens holdninger og hvordan den enkelte sykepleier vurderer smerte. Funnene i denne studien har også likhetstrekk med noen av de nordiske inkluderte artiklene.

Jeg startet med å se på pensumlitteratur jeg har hatt gjennom studiet, men fant raskt ut at mye av pensumlitteraturen henviste videre til andre primærkilder. I følge Dalland (2012) kan det være en fordel å benytte primærkilder for ikke å få med feiltolkninger eller unøyaktigheter, da en primærkilde vil gi direkte eller førstehåndsbevis om et emne. Likevel kommer sekundærlitteratur i noen grad til å benyttes i oppgaven da dette er litteratur jeg er godt kjent med. Jeg er klar over at sekundærkilder er en fortolkning, og det er derfor kun pensumlitteratur jeg bruker som sekundærkilder (Dalland, 2012).

I tillegg til litteratur og forskningsartikler er også egne erfaringer benyttet i arbeid med oppgaven. Det er viktig å påpeke at subjektive opplevelser og erfaringer ikke nødvendigvis er sammenfallende med den teoretiske tilnærmingen. Likevel er det viktig å inkludere erfaringer som kan bidra med å belyse den praktiske tilnærmingen, som utgjør en betydelig del av faget. Jeg har valgt noen av de erfaringene som jeg lærte mest av og som passer til problemstillingen.

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Vedlagt ligger et oversiktlig dokument der jeg beskriver hensikt og kort om resultater fra de ulike studiene. Jeg skriver også om hvordan jeg fant de ulike studiene og hvilke søkeord jeg brukte. Dette dokumentet har jeg brukt i oppgaveskrivingen for å holde en oversikt over de ulike artiklene. I hensyn til ordrammen har jeg derfor ikke valgt å presentere artiklene hver for seg men heller laget et sammendrag med noen av de mest sentrale funnene i studiene.

Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015) sin studie konkluderte med at det er gode kunnskaper om smertebehandling blant sykepleiere og sykepleiestudenter. Dette baserte seg blant annet på en forståelse av at pasienten selv er den som best bedømmer sin egen smerte. Sykepleiere og sykepleiestudenter ble stilt spørsmålet om mest sannsynlig grunn til ”ønske om mer smertestillende”, der ”økte smerter” i stor grad ble svart. Dette viser at sykepleiere og sykepleiestudenter tar smertene alvorlig og ikke feier det vekk med at det kan skyldes angst, oppmerksomhetsbehov eller medikamentavhengighet, som også var svaralternativ. Et annet funn i denne studien var at sykepleierne og sykepleiestudentene var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Disse resultatene viser at det stadig er noen uklarheter når det kommer til postoperative smertebehandling. Van Dijk, Alblas, Kalkman & Van Wijck (2016) studie viste at når sykepleieren skulle prøve å score sin oppfattelse av

pasientens smerte sammenlignet med pasientens beskrivelse så ble det en gjennomsnittscore på 63%. Dette er for meg en tankevekker og er med på å vise hvor utfordrende det kan være å score en pasients smerte uten å høre på pasienten. Clabo (2008) avdekket i sin studie et dominerende mønster når det gjaldt smertebehandling på to ulike avdelinger. Det var heller ikke rom for at det kom sykepleiere med en annen tilnærming når det gjaldt smertebehandling, disse skulle i så fall "endres". Sykepleierne var selv ikke oppmerksomme på denne trenden. Det ble evidens på at sykepleiere med en annen måte å kartlegge postoperativ smerte og behandle den postoperative smerten på, forlot avdelingen. Dette tenker jeg kan være med på å skape en kultur som ikke gir rom for videreutvikling, diskusjon og samhandling, som er et avgjørende element i en forbedringsprosess. Et annet funn i denne studien var at sykepleierne syntes det var utfordrende å gi smertebehandling til pasienten som var "utenfor det normale". De var nervøse for å bli refset av å ta for mye kontakt med legene for å få tillatelse til å gi mer smertestillende. Dihle (et al., 2006) avdekket et gap mellom det som ble gjort og sagt i den postoperative smertebehandlingen. Dette viste seg ved at sykepleierne sa de vurderte smerte ved å observere og kommunisere med pasienten. Under studien viste det seg derimot at kommunikasjonen var annerledes og at oppmerksomheten rundt pasientens tegn på smerte ble varierende vurdert. Sykepleierne viste å ha en manglende personlig involvering i pasientens situasjon. I Fredheim (et al., 2011) sin studie var det mange pasienter som opplevde å ha sterke postoperative smerter første dag. Dokumentasjon av smerteintensitet var sjeldent beskrevet, det var kun litt over 50% som var bedt om angi smerten sin på en smerteskala. Kartlegging, dokumentasjon og behandlingen av smerte viste seg å ha et forbedringspotensial. Samme studie viser at to av fem pasienter som er innlagt på norske sykehus rapporterer en gjennomsnittlig smerte på > 4 det første postoperative døgnet og en av ti angir > 6 på en "numeric rating scale", NRS, som vil bli forklart senere. Storaker, Nåden & Sæteren (2016) sin studie oppdaget at travelhet var et fenomen som kunne være med å skape konflikter i forhold til etiske verdier. Dessuten viste det seg at ved å neglisjere blant annet de grunnleggende behovene endte med "moralsk blindhet" og "emosjonell immunisering" blant helsepersonellet. Jeg forstår emosjonell immunisering som en emosjonell distansering, som kan være med på å skade pasienters integritet og velvære.

Ut i fra de seks artiklene jeg har valgt, har jeg fått et bedre tilnæringsperspektiv på problemstillingen. Det som går igjen i flere av artiklene er sykepleierens gode kunnskaper om postoperativ smertebehandling, men at atferden ikke alltid tilsvarer det de uttrykker. Det

kommer også frem ulike årsaker som kan ha en innvirkning på smertebehandlingen, samt hvordan tidsperspektivet kan ha en innvirkning på sykepleien pasientene får.

3.0 POSTOPERATIV SMERTE

Som tidligere definert er postoperativ smertebehandling behandling av smerte etter kirurgi (Wøien & Strand, 2008). Tatt i betraktning at oppgaven baserer seg på postoperativ smerte ønsker jeg likevel å inkludere en ofte brukt smertedefinisjonen; ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, eller noe som kan kjennes ut som dette” (IASP). Smerte er et sammensatt og komplisert fenomen å forstå, og selv om man vet mye mer om smerte nå enn tidligere er det fremdeles mye som er uklart (Nortvedt & Nortvedt, 2007). Som beskrevet av Holm og Kummeneje (2009) er postoperativ smerte forventet smerte. Likevel kan den gi angst og ubehag, som for eksempel kan gjøre at pasienten ikke er like aktiv som han bør være, spesielt om det er en akutt innleggelse. Postoperativ smerte kan inndeles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Den konstante smerten som er et resultat av vevs og nerveskade kalles grunnsmerte. Gjennombruddssmerte er derimot smertetopper som kan komme ved for eksempel anstrengelser (Wøien & Strand, 2008). Det er viktig å ta pasientens opplevelse av smerte på alvor, og oppmuntre pasienten til å forklare og å sette ord på smerten som han føler (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Ved postoperativ smertebehandling er målet at pasienten skal ha lite eller ingen smerter i ro, at han skal kunne mobiliseres, i tillegg til å unngå bivirkninger som for eksempel respirasjonshemming og kvalme (Wøien & Strand, 2008). I følge Retningslinjer for smertelindring (2009) bør målet for sykepleierne være at pasientene i den postoperative fasen ikke skal overstige en score tre på Numeric Rating Scale. Målet er også at pasienten skal kunne klare å puste dypt og hoste for å forebygge komplikasjoner som pneumoni (Berntzen et al., 2010).

Det er ikke alltid at pasientens smerter er direkte relatert til eventuelle medisinske årsaker (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010). ”Smerte har en emosjonell, rasjonell og fysisk (kroppslig) komponent” (Holm & Kummeneje, 2009, s.68). På bakgrunn av dette er det enklere å forstå at smerte varierer fra person til person. Psykisk tilstand og bakgrunn kan ha noe å si på den emosjonelle delen, mens tidligere erfaringer, innsikt og motivasjon kan spille inn på den rasjonelle delen av smerte. For pasienter, likeså som oss selv kan smerte gjøre det utfordrende å være hyggelig og tålmodigheten innskrenkes. Smerte kan virke angstfremkallende, der pasienter ligger å tenker på hva smerten kan bety eller når smerten kommer tilbake (Nortvedt & Nortvedt, 2007).

Kvalme er en kjent postoperativ komplikasjon, som ofte er en bivirkning av anestesian som pasienten får (Berntzen et al., 2010). Kvalme defineres som en ubehagelig, bølgende følelse bak i halsen, mellomgulvet eller hele abdomen (Holm & Kummeneje, 2009). Det er ubehagelig å være kvalm, og det å kaste opp kan føre til enda sterkere smerter (Berntzen et al., 2010). Berntzen (et al., 2010) understreker sykepleierens viktige oppgave med å forebygge og lindre kvalme. De nevner ikke-medikamentelle tiltak som kan virke forebyggende eller lindrende mot kvalme. Pasienten bør skjermes for; støy, sterkt lys og lukt. Andre tiltak kan være frisk luft, godt leie og munnstell.

3.0.1 Fysiologi ved smerte.

Vevssmerte er bedre kjent som nociseptiv smerte, og dette utløses av stimuli som aktiverer nociseptorer. I kroppen finnes det spesialiserte sensoriske nervefibre som leder ulike smertepåvirkninger som trykk, berøring og temperatur. Disse impulsene blir ledet fra ulike steder på kroppen til hjernen via nervebaner. Impulsene blir påvirket av transmitterstoffer før de blir bearbeidet og tolket i hjernen som smerter (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Ved en vevsskade blir det også produsert stoffer som reduserer smerte, og det er balansen mellom disse stoffene som er med på å bestemme i hvilken grad personen kjenner smerte (Berntzen et al., 2010).

Smerte er subjektivt, likevel påvirker smerte kroppen og det er noen faktorer man som sykepleier kan observere som tegn på smerte. Dette kan blant annet være blodtrykk og puls, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, hudfarge, pupillstørrelse, respirasjon, søvnmønster, emosjonelle uttrykk, obstipasjon og oppkast.

3.0.2 Den forventede smerte.

For å kunne forebygge og behandle postoperative smerter er det nødvendig med kunnskap om smertens fysiologi og konsekvensene dette har på kroppen for en nyoperert pasient. I tillegg er det essensielt å forstå operasjonsårsaken og sykdomsbildet til pasienten, som kan gi konsekvenser for pasienten i det postoperative forløpet (Wøien & Strand, 2008). Wøien & Strand (2008) understreker viktigheten av en helhetsforståelse av pasientens sykdomsbilde og ressurser for å takle sykdommen, for å oppnå god smertelindring. Jeg bruker en pasient med lårhalsbrudd som eksempel. Ved et brudd kan man raskt forstå at noe er galt når man skal

belaste bruddet. Etter reponering vil smerten som pasienten opplever være annerledes enn smerten før kirurgien. Da vil smerten være mer rettet mot selve operasjonssåret og en trykkekfølelse som kan oppstå etter slik kirurgi, i tillegg til mobilisering (Grønsløth, Roa, Kjønneøy & Almås, 2010).

3.1 Postoperativ smertebehandling.

Standardbehandling av postoperativ smerte er multimodal smertelindring. Dette betyr at smerten blir angrepet på flere hold for å få mest effekt og minst mulig bivirkninger. Det innebærer å bruke hele det tilgjengelige registeret av teknikker og legemidler, og finne ut hva den beste kombinasjonen er for den individuelle pasient. Paracetamol gis rutinemessig som grunnbasis, i tillegg får mange pasienter ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler. Man har funnet ut at regelmessig bruk av disse legemidlene reduserer behovet for opioider. Opioidene blir ofte gitt intravenøst etter oppvåkning, og senere evt. i tablettform. Pasienter som gjennomgår større operasjoner får gjerne det som kaller epidural smertelindring, i tillegg til pasientkontrollert analgetika tilførsel med smertepumpe (Berntzen et al., 2010).

3.1 Akutte innleggelser og psykososiale behov.

Det å være akutt syk medfører både fysiske og psykiske konsekvenser. Pasienten kan blant annet oppleve smerte og ubehag, fare og tap. Det kan i tillegg føre med seg psykososiale reaksjoner som utrygghet, angst, håpløshet, uvisshet og redsel. Det kan oppleves forskjellig og kan ha en sammenheng med ulike faktorer som blant annet tidligere erfaringer, alder, utdanning, om det er en akutt innleggelse eller ikke og kultur (Stubberud, 2013). Pasienter med akutt sykdom legges inn på sykehus for undersøkelse og behandling umiddelbart. På grunn av kravet om effektivisering og rasjonalisering har det ført til at pasienter med akutt sykdom ofte har kort liggetid, dette kan variere fra dager til timer. Pasienter som erfarer at deres fysiologiske behov ikke blir ivaretatt og at personalet har manglende kompetanse kan oppleve lidelse som ikke grunner i smerte eller ubehag (Stubberud, 2013). Pasienter kan oppleve innleggelsen som en krisesituasjon på bakgrunn av at de ikke har hatt noen form for forberedelse. En krise kjennetegnes ved at individet ikke kan benytte seg av sine vanlige og kjente metoder for å finne en løsning på situasjonen (Håkonsen, 2009, s.276). Det å bli innlagt på sykehus kan være en traumatisk krise som kjennetegnes ved at det utløses av ytre begivenheter. Mennesker i krise kan reagere med sorg, sinne, depresjon og en følelse av oppgitthet (Håkonsen, 2009). Selv om denne oppgaven baserer seg på den postoperative fasen

som ikke er lang kan disse pasientene oppleve dette. Sykepleiere bør være oppmerksomme på at disse pasientene kan ha reaksjoner som er utenom det vanlige ved at de kan endre atferd, ha større behov for smertestillende, følelsesmessige reaksjoner og/eller ekstra behov for informasjon (Håkonsen, 2009).

3.2 Opplevelse av velvære.

Det at pasienter opplever velvære i den postoperative fasen bør være et viktig mål. I følge Bjørk og Brievne (2011) kan velvære være et mål i seg selv, og trenger ikke ha overordnede mål. Mangel på velvære kan vise seg verbalt, ikke verbalt og fysiologisk. Sykehus og sykehusrom er ofte langt i fra det vi er vant med hjemmefra. Det er mye forskjellig utstyr og man sover ofte på ”ukoselige” rom med flere. For en som ikke er vant til å være på sykehus kan dette virke skremmende og kaldt. Bjørk og Brievne (2011) nevner flere ulike sykepleieteoretikere, blant annet Nightingale og Martinsen som vektlegger viktigheten rundt det estetiske i sykerommet og at dette kan gi en atmosfære av trygghet og trivsel, og ved det motsatte; følelse av ubehag og uro. I følge Berntzen (et al., 2010) kan det å skjerme pasienten for støy, sterkt lys og lukt i tillegg til at han får frisk luft, ligger godt og munnstell være med på å forebygge kvalme. Forebygging av kvalme er en måte for å fremme velvære hos postoperative pasienten som ofte opplever dette på grunn av anestesi og opioider (Berntzen et al., 2010).

3.3 Smertekartlegging.

Det å kartlegge smerte er en viktig sykepleieoppgave, spesielt i den postoperative fasen. Man tilrettelegger for planlegging, gjennomføring og evaluering av smertebehandling. Når man kartlegger smerten før smertelindring har man et bedre utgangspunkt for å evaluere hvordan smertebehandlingen fungerer. Hovedmålet med smertekartlegging er at hver enkelt pasient skal få en smertebehandling som er individuell og optimal. Det er pasientens egen opplevelse av smerte som skal være grunnlaget for smertekartleggingen (Torvik et al., 2008). Torvik (et al., 2008) beskriver flere ulike studier som er gjort, der både sykepleiere og leger ofte stoler på sine egne observasjoner når det kommer til smertekartleggingen av pasienter, og ikke tar utgangspunkt i de smertene pasienten selv rapporterer. I praksis erfarte jeg kun bruken av NRS og dette er en skala fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. Dette ble gjort muntlig og var aldri en konkret skala som ble vist. Dette er en enkel skala å bruke og kan også benyttes om man snakker med en pasient over telefon. Torvik (et al., 2008) viser

også til studier som mener at denne skalaen i senere tid er vist å være bedre i flere situasjoner enn det ”visual analogue scale”, VAS, er. Skalaen er med på å gi et bedre bilde av smerten, og spesielt blant eldre mennesker er den særlig effektiv (Torvik et al., 2008). Selv om man bruker en smerteskala er det i tillegg viktig å finne ut noe mer om smerten. Wøien og Strand (2008) belyser viktigheten av å spørre om smertens lokalisasjon og karakter, og effekten smertelindringen har på de opplevde smertene.

3.4 Holdninger.

Holdninger består av tre ulike komponenter; den kognitive, den følelsesmessige og den atferdsmessige komponenten. Dette handler om hva vi mener, tenker, følelsene våre og hvordan vi oppfører oss. Holdninger kan være både positivt og negativt. Noen holdninger er lett tilgjengelige i bevisstheten vår, mens andre ligger latent og trenger sterkere grad av stimuli for og aktiveres. Håkonsen (2009) påpeker at holdninger er relativt varige, og ikke er noe vi enkelt kan forandre på. For å endre holdninger krever det mye arbeid. Det blir henvist til flere studier som sier at det ikke eksisterer et entydig forhold mellom en persons holdninger og atferd, og at man derfor ikke kan forutsi hvordan en person vil oppføre seg på bakgrunn av holdninger. Det er ulike faktorer som påvirker holdninger, blant annet miljøet og læringsfaktorer. Situasjonen vi befinner oss i kan være med på å bestemme atferden vår på grunn av det sosiale presset rundt. Dårlig tid eller tilstedeværelse av mange mennesker kan være med på at man handler annerledes enn det man vanligvis ville gjort om man var alene eller hadde bedre tid (Håkonsen, 2009).

3.4.1 Den kognitive komponenten i holdninger.

Den kognitive delen handler om at mye av tankene og synspunkter man tilegner seg får man via det man hører, ser og oppfatter fra omgivelsene. Erfaringer og opplevelser grupperes ofte sammen, og det dannes meninger og kunnskap. I forhold til sykepleieren kan dette være i forhold til smerte, og hva smerte er. Tanker man har om noe gjenspeiler seg i holdninger til beslektede temaer. Likevel er det slik at man kan ha kunnskap om at fet mat ikke er bra for kroppen, men likevel spise fet mat hver dag. Dette viser at kunnskap ikke alltid står sterkest og at man kan vite hva som er rett men gjøre noe annet i praksis (Håkonsen, 2009).

3.4.2 Den følelsesmessige komponenten i holdninger.

Den følelsesmessige komponenten innebærer positive eller negative følelser som utløses. Det at vi liker noe, sympati og respekt er eksempler på positive følelser. Negative følelser kan være avsky, forakt, frykt eller at vi misliker noe. En type holdning kan for eksempel være fordommer, som er et uttrykk for negative følelser som er knyttet til noe. Mye av grunnlaget for holdningene våre ligger i påvirkningen som barn får via foreldrene sine (Håkonsen, 2009).

3.4.3 Den atferdsmessige komponenten i holdninger.

Den atferdsmessige komponenten handler om hvordan vi handler og reagerer. Holdninger kommer tydeligst til uttrykk gjennom det vi gjør. Det er ofte ved denne komponenten det dukker opp utfordrende spørsmål. Ofte står ikke atferden vår i forhold til tanker og følelser man har, og vi handler ikke som vi sier vi skal gjøre. Dette gjør at man kan stille spørsmål om sammenhengen mellom holdninger og atferd (Håkonsen, 2009).

3.5 Clabo's modell.

Ved å studere hvordan sykepleiere vurderer postoperativ smerte utviklet Clabo (2008) en forståelse av hvordan dominerende praksisformer blir dannet og opprettholdt på sengeposter der man finner smerteproblematikk. Modellen beskriver tre elementer som i ulik grad benyttes av sykepleiere i vurderingen av postoperativ smerte. Clabo beskriver at kulturen i avdelingen vil avspeile hvilke elementer i modellen som er dominerende. De ulike elementene er; 1) pasientens historie, 2) observerbare kriterier og 3) tidligere erfaringer med pasientgruppen. Disse tre elementene utgjør sykepleierens samlede oppfatning og påvirker sykepleierens vurdering av pasientens smerte. Modellen ble laget for å være et hjelpemiddel som kan beskrive og skape refleksjon rundt smertevurdering og egen praksiskultur. Jeg har ingen erfaringer med denne modellen fra praksis, men synes den gir et oppsummert og strukturert bilde av de ulike elementene i en smertevurdering.

4.0 VELGJØRENHETSPRINSIPPET OG IKKE-SKADE PRINSIPPET

Som sykepleier har man et stort ansvar og en rolle når det gjelder pasienten og pasientens beste. I følge de yrkesetiske retningslinjene (2016) skal respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet være grunnlaget for all sykepleie. I forhold til pasienten har han blant annet rett på forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). Det å gi tilstrekkelig og forsvarlig smertebehandling går under dette. Det er sykepleierens ansvar å gi medikamenter, men også følge opp pasienter når det gjelder ulike bivirkninger og om pasienten er smertelindret nok. På bakgrunn av dette har jeg valgt to etiske prinsipper; velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet som jeg ønsker å knytte opp mot smertebehandling.

Velgjørhet-, ikke-skade-, autonomi- og rettferdighetsprinsippet er fire etiske prinsipper. Brinchmann (2012) beskriver disse som et etisk rammeverk. Prinsippene har hatt en stor innflytelse på tenkingen om etikk i helsevesenet (Nortvedt, 2016). Som nevnt i avgrensningen skal jeg kun ta for meg velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet. Alle prinsippene er likeverdige, og det er ingen som er viktigere enn andre, men det er disse to som er mest relevant for min oppgave. Velgjørhetsprinsippet handler om plikten til å gjøre godt mot andre og ikke-skade prinsippet handler om plikten til å ikke skade andre (Brinchmann, 2012). De to valgte prinsippene regnes som gamle hippokratiske prinsipper som var sentrale i antikkens medisin (Nortvedt, 2016).

4.1 Velgjørhetsprinsippet.

Velgjørhetsprinsippet handler om tanken om å ville og etter beste evne, gjøre det beste for pasienten. I helsepersonelloven paragraf 4 er prinsippet uttrykt og handler om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (lov om helsepersonell, 1999). Dette prinsippet må ikke forstås som et prinsipp som kun bestemmer handlinger ovenfor enkeltpersoner, men også som et mål om å gjøre det best for flest mulig mennesker. Det å ha innlevelse i andre menneskers situasjon, i tillegg til å etterleve krav som reiser seg og aktivt delta, er en del av velgjørhetsprinsippet. Å ta ansvar for andres livsskjebne og gjøre det beste ut av situasjonen ligger også under dette prinsippet (Nortvedt, 2016).

4.2 Ikke-skade prinsippet.

Hovedsakelig er det et prinsipp som skal være til beskyttelse for pasienten mot for eksempel dårlig praksis eller feil behandling. Som sykepleier handler det i tillegg om å minimalisere pasientens smerte og ubehag, det er derfor også et prinsipp for lindring og ivaretagende omsorg. Ofte må sykepleieren påføre pasienten noe smerte i forhold til prosedyrer eller mobilisering. Da handler det om å gjøre dette på en skånsom måte, slik at pasienten opplever det så smertefritt som mulig. Prinsippet sier noe om hvordan en skal oppføre seg, og hva en ikke skal utsette pasienten for (Nortvedt, 2016).

5.0 DRØFTING

I denne delen skal jeg bruke teorien, studiene og noen egne erfaringer til å drøfte problemstillingen; ”Hvordan kan sykepleierens holdninger bidra i den postoperative smertebehandlingen?” Jeg vil starte med å se på den postoperative smerten i forhold til hva pasienten selv sier og hva teorien sier om smerte. Deretter vil jeg se på den valgte definisjonen av sykepleie og hvorfor akkurat denne definisjonen er betydningsfull for min oppgave, samt det evige tidspresset som sykepleiere ofte føler på. Videre vil jeg ta opp viktigheten rundt velvære og hvordan dette kan være med å forebygge den postoperative smertebehandlingen. Dette er essensielt for oppgaven, både fordi den forteller oss noe om holdninger, men også fordi oppgaven baserer seg på etikk, som er en viktig bestanddel i sykepleierens bruk av velvære som redskap. Grunnen til at jeg mener etikk kommer frem ved bruk av velvære er fordi velvære ofte ikke er en pålagt oppgave. Det er ikke noe sykepleieren nødvendigvis trenger å dokumentere i dokumentasjonssystemet, men er mer en usynlig del av utøvelsen av sykepleie. I tillegg er velvære en del av den postoperative smertebehandlingen, fordi det kan være med på å forebygge stress, ubehag og kvalme som kan utløse eller forsterke smerten (Bjørk & Brievne, 2011). utfordringer, holdninger og kommunikasjon vil også bli drøftet. Avslutningsvis vil jeg ha et kapittel om en situasjonen fra praksis som omhandler smerte og angst.

Jeg skal bruke to ulike situasjoner fra praksis i drøftingsdelen som jeg er nysgjerrig på å lære mer om. Et tilfelle var når det ble trukket likhetstegn mellom smerter og angst, hvor pasienten ikke hadde en definert angstlidelse. I mine øyne hadde pasienten sterke smerter og jeg fikk en følelse av at pasienten ikke ble tatt på alvor. Et annet utfordrende dilemma var når pasienter uttrykket sterke smerter. Pasientenes kroppsspråk stemte ikke alltid i mine øyne overens med smertescoren de uttrykte. Eller vica versa, pasienten ga en lav smertescore når kroppsspråket tilsvarte noe annet.

5.1 Postoperativ smerte.

Det å ha kunnskap om forventet smerte etter et kirurgisk inngrep er viktig, men bør ikke være avgjørende for smertebehandlingen. Ved kirurgi kan det være mange faktorer som påvirker den postoperative smerten. Det er viktig å finne ut om det er noe som tilsier at pasienten kan ha ekstra vondt. Dette kan være alt fra om det var noe spesielt under kirurgien, tidligere

erfaringer, pasientens velvære eller andre ting som kan være med på å øke pasientens smerter. Hos pasienter som har lårhalsbrudd vil det være sterke smerter blant annet ved mobilisering. Pasientene har sterke pre-operative smerter, men får oftest så mye smertelindring og ofte en blokkade, slik at smertene etter kirurgi kan være verre enn det de var før operasjon fordi mobiliseringen er såpass smertefull postoperativt. Om det oppstår smerter som er utenom det forventede bør man vurdere og ha en åpen holdning til hva som kan være årsaken til dette for å kunne gi en bedre behandling. Clabo (2007) intervjuet en sykepleier som fortalte at basert erfaring kunne man etterhvert forvente en type smerte ut i fra det inngrepet pasienten hadde vært gjennom. Jeg tolker dette som at sykepleierne ut i fra inngrepet visste ca. hvor mye smertestillende pasienten trengte. Man kan derfor anta at sykepleieren møtte pasienten med forventninger om smerteopplevelsen basert på det kirurgiske inngrepet. For pasienter som opplever dette kan det gjøre det vanskeligere å være utenom det ”normale”, fordi det kan være utfordrende for sykepleieren å se noe annet enn det hun forventer. Denne forventningen om smerte kan også kalles en holdning. Dette eksempelet viser hvordan en holdning kan være med på å bidra i den postoperative smertebehandlingen.

For pasienter som har gjennomført et kirurgisk inngrep vil målet i følge ”Retningslinjer for smertelindring” (2009) være at pasienten ikke skal ha en smerte på NRS høyere enn tre. Årsaken til dette kan tenkes å være at om en pasient ikke har sterke smerter er det enklere å mobilisere han, som jeg i praksis erfarte var et mål for sykepleierne. For pasienter med lårhalsbrudd, som har fått minimalt med informasjon på forhånd av kirurgien, kan det virke overraskende at han som oftest skal opp dagen etter inngrepet. Grunnen til at dette er så viktig er for å redusere faren for blant annet lungekomplikasjoner (Berntzen et al., 2010). For å mobilisere pasienten raskest og best mulig bør han være tilstrekkelig smertelindret, og det er derfor vanlig at pasienter får smertestillende før mobilisering. I praksis møtte jeg en pasient med sterke smerter, et komplisert sykdomsbilde, i tillegg til å ha vært mye inn og ut av sykehuset. Han var opptatt av å bli smertelindret før mobilisering fordi han på forhånd visste hvilke smerter det kunne føre med seg. Pasienter som er akutt operert og ikke har noen tidligere erfaringer med postoperative smerter har mest sannsynlig ikke den samme kunnskapen. Jeg erfarte pasienter som ikke ønsket å komme opp av sengen dagen etter kirurgien. Hva gjør man som sykepleier da? Både velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet handler i hovedsak om å beskytte pasienten og gjøre det som er best (Håkonsen, 2009). Pasientene er autonome, men som sykepleier har man en plikt å gjøre det som er best

for pasienten. For pasienter som ligger i sengen med smerter og som tidligere ikke har vært på sykehus er det viktig som profesjonelle å forklare hvorfor det er nødvendig med mobilisering og smertebehandling. På bakgrunn av at jeg allerede har opplevd flere slike situasjoner i praksis, oppfatter jeg dette som en faglig vurdering mellom ikke-skade prinsippet og autonomiprinsippet som sykepleiere ofte må ta stilling til.

Som postoperativ pasient har man flere ulike behov. Behov for informasjon, velvære og ikke minst tilstrekkelig smertebehandling. Fredheim (et al., 2011) viser til at det stadig er pasienter som opplever sterke postoperative smerter. Ved å analysere studien til Granheim (et al., 2015) viser den et svakt punkt når det kommer til sammenhengen mellom postoperative smerter og hva sykepleieren gir av smertelindring. Kun 28% svarte rett alternativ, ”gi tre mg morfin intravenøst umiddelbart til en pasient som opplever en smertescore åtte på NRS”. Selv om studien til Fredheim (et al., 2011) er syv år gammel kan man med bakgrunn av Granheim (et al., 2015) sin studie anta at tilstrekkelig smertebehandling fremdeles er en utfordring. Fredheim (et al., 2011) sin studie viser at to av fem pasienter som er innlagt i norske sykehus rapporterer en gjennomsnittlig smerte som er > 4 det første postoperative døgnet og en av ti angir > 6 . Dette oppfyller altså ikke målet til ”Retningslinjer for smertelindring” (2009). Hva kan sykepleieren gjøre med dette? Det første steget bør være å ta tak i utfordringen og akseptere at smertebehandling stadig er et utfordrende aspekt.

5.2 Definisjon av sykepleie og tidsperspektivet.

Jeg har valgt å bruke en definisjon av sykepleieren som handler om sykepleier og dens profesjon. Den bygger på at sykepleieren har et ansvar for sine egne handlinger og vurdering i utøvelse av sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). For min problemstilling kan denne definisjonen hjelpe meg å sette lys på sykepleierens ansvar og rolle, spesielt når det kommer til postoperativ smertebehandling. Når man utøver sykepleie er det viktig å ha pasienten og pasientens behov i første rekke, og profesjonalitet er et viktig nøkkelord. Sykepleieren har selv et ansvar når det kommer til vurdering i utøvelsen, og det er med på å gi et bredt spillerom. Det er her holdninger kan komme til uttrykk. Som sykepleier gjør man vurderinger kontinuerlig basert på ulike elementer. Likevel har man noen rammer og retningslinjer som kan være med på å gjøre det enklere å handle profesjonelt, blant annet de etiske prinsippene. Vi skal ikke skade pasienten og vi skal sørge for at pasienten har det best mulig ut i fra omstendighetene. Det er store krav til sykepleiere, og de yrkesetiske retningslinjene er en

veileder for hvilke plikter man har. Som sykepleier har man en moralsk plikt til å hjelpe pasienter som har smerter (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). På den andre siden har vi det evige tidspresset man hører om som sykepleier. Det er ikke sjelden man hører at man har det travelt, at det ikke er tid nok og at sykepleieren må nedprioritere ulike saker. Det er viktig å stille seg spørsmålet; Hva er det som gjør at vi har så dårlig tid? Hva er det som er mest viktig; at pasienten føler velvære som trolig kan føre til mindre smerter og ubehag, eller gjøre papirarbeid (Bjørk & Brievne, 2011)? Svaret om hva som er viktigst bør være åpenlyst, men hva kan være med på å hindre dette? Man kan anta at grunnen til at mange gjennomfører papirarbeid fremfor for eksempel å fremme velvære er fordi papirarbeid er synlig. Det er et synlig redskap på at "man gjør jobben sin". Velvære er ikke like enkelt for ledelsen eller kollegaer å se at man gjør noe med. Papirarbeid etterspørres også i stor grad av ledelsen basert på erfaring. Som sykepleier er man konstant under et tidspress som er vanskelig å gjøre noe med, og man må hele tiden foreta prioriteringer. Det er mye som må gjøres i løpet av en arbeidsdag. Men om den postoperative pasienten føler ubehag og opplever ikke å bli tatt på alvor bør det reflekteres over praksis og sykepleiere bør prioritere annerledes. Det at pasienten ikke føler seg tatt på alvor kan også skape en konflikt mellom sykepleier og pasient. Den kontinuerlige etiske vurderingen om hva som er viktigst i den daglige praksisen er noe man bør være klar over til enhver tid. Man kan stille seg spørsmål som; hva er egentlig viktigst akkurat nå? Og; hvordan har min pasient det nå?

5.3 Velvære i den postoperative fasen.

"En pasient ligger i sengen sin, nattbordet er uorganisert og det flyter rundt med både utstyr til sykepleieren og søte ting pårørende har tatt med seg. Rommet er innestengt og gardinene er trukket for. Pasienten i sengen ved siden av hoster og harker, mens tvén står på for fullt. Sengetøyet er krøllete og han ligger langt nede i sengen. Sykepleieren løper forbi og spør om smerter på en smerteskala. Smerter? 3. Smertestillende? Nei. Kvalmen bygger seg opp. Smerten bygger seg opp."

På sykehus er det ofte slik at det ligger flere pasienter på ett rom, noe som er annerledes enn det man er vant med. Bjørk og Brievne (2011) nevner flere sykepleieteoretikere som fremmer estetikk og spesielt estetikken i rommet, og hvordan dette kan bedre velvære. I praksis erfarte jeg flere ganger rom som var innestengte og et rotete nattbord. I studien til Storaker (et al., 2016) var det en sykepleier som påpekte viktigheten rundt god estetikk, og pekte på de yngre

og nyutdannede som de som var mindre opptatt av dette. Dette er bekymringsfullt, siden det er de nyutdannede som skal ta vare på pasienters velvære framover. Er det slik at studenter ikke ser sammenhengen mellom velvære og behandling? Er det slik at sykepleiere har dårlige holdninger som endres med erfaring? Dette er kritiske spørsmål som ikke har noen enkle svar. Min oppfatning er at mye av omsorgen man gir til pasientene kommer med erfaringer.

Sykepleiere tilegner seg ikke dårlige holdninger på studiet, men fokuset ligger tenkelig på blant annet prosedyrer og papirarbeid slik at velvære og omsorg kan bli nedprioritert. Det blir skrevet mye om at sykepleiestudenter lærer for mye etikk på studiet. Men er etikk noe man kan lære ved å lese? Etikk og etiske vurderinger handler i mine øyne blant annet om å ta vurderinger i forhold til hvor mye smertestillende pasienten trenger, på pasientens beste og ikke minst inkludere pasienten ved å ta han på alvor. Dette er ikke alltid like lett. I mine øyne handler det å ta pasienten på alvor om å lytte til pasienten og vise han at det han sier blir trodd på. I den postoperative fasen møtes pasientene nye sykepleiere og annet helsepersonell hele tiden. Det er derfor kritisk at sykepleieren fra starten møter pasientene med en åpenhet og ser han som et menneske og ikke "bare" en postoperativ pasienten. Dette handler også om holdningene sykepleieren har til pasientene sine.

Studien til Storaker (et al., 2016) viste en splittet prioritering når det gjaldt velvære. Noen mente at velvære var nøkkelen for at pasienten skulle bli bedre, mens andre ikke prioriterte dette i det hele tatt. Studien til Storaker (et al., 2016) viser at på den ene avdelingen fortalte sykepleierne at de ikke hadde tid til å hjelpe pasientene med å pusse tennene, selv om familie og pasientene klagde over dårlig munnhygiene. Selv etter at problemet ble tatt opp endret praksisen seg ikke og kritikken ble trolig glemt. På bakgrunn av dette virker det som grunnleggende sykepleie ikke blir tilstrekkelig prioritert. Om en sykepleier ikke har tid til å hjelpe pasienter å pusse tennene sine, hva er det egentlig man har tid til? Hvilket grunnlag skaper man for en god smertebehandling om man nedprioriter grunnleggende behov? Moralsk blindhet som handler om at man "lukker øynene" for det moralske ansvaret er et farlig begrep, spesielt når man jobber med mennesker. Det kan bety at sykepleieren fraskriver seg noe av det ansvaret man faktisk har som for eksempel å hjelpe pasienter å opprettholde god munnhygiene. Gjennom forelesninger, praksiser og møte med lærere har jeg lært at det er en stor del av sykepleie å ha en etisk tankegang om hva som for eksempel er viktig for pasientene. Hvorfor viser praksisen seg annerledes da? Ikke-skade prinsippet skal være et hjelpemiddel for sykepleierne, men i tillegg være for beskyttelse av pasientene (Nortvedt,

2016). Ved å være moralsk blind vil jeg gå så langt som å si at man skader pasienten gjennom sin egen praksis, fordi dette kan være med på å gi pasienten flere problemer og følelse av utilfredshet. Ved å ikke pusse tennene til pasienten er man med på å skade pasienten. Dette viser igjen at holdninger på en avdeling er vanskelige å endre, og blir allmenn praksis uavhengig om et problem blir adressert eller ikke. Den postoperative pasienten som har hatt et lårhalsbrudd har mest sannsynlig ikke overskudd til å spørre sykepleieren om å gjøre de hverdagslige tingene man er vant til hjemmefra. Ved å gjøre enkle grep som fremmer velvære slik som pussing av tenner, lufte rommet, ha det ryddig og fint rundt pasienten vil jeg tro at pasienten kan ha et bedre postoperativt forløp. Det kan være med på å forebygge kvalme, ubehag og smerte som er en del av den postoperative smertebehandlingen (Bjork & Brievne, 2011).

I følge Storaker (et al., 2016) så det ikke ut til å være en tradisjon for å drøfte og reflektere over etiske dilemmaer som dukket opp på avdelingen. Kulturen på avdelingen etterspurte heller ikke kritisk tenkning og ledelsen så ut til å være fraværende i spørsmål og debatt rundt temaet. Kun i en av de inkluderte artiklene ble ledelsen nevnt, og da med at ledelsen var fraværende. Det antydes derfor i forskningen at ledelsen ikke er tilgjengelig. Hva kan man som sykepleier gjøre i en slik situasjon? Det er viktig at man er klar over og er åpen for diskusjon om holdninger og smertebehandling. Ledelsen kan være med på å skape debatt på en avdeling rundt ulike temaer, for eksempel smertebehandling. Ved å ta utgangspunkt i de etiske prinsippene, kan man se et problem ut i fra ulike perspektiver. Ved ikke-skade prinsippet og smertebehandling kan det handle om at man ikke ønsker å skade pasienten ved å gi for mye smertelindring. Ved velgjørenhetsprinsippet kan det handle om å gi smertelindring slik at pasienten ikke har noe smerter. Hvordan finner man en balanse mellom disse?

”En pasient ligger i sengen sin. Sengetøyet er nettopp skiftet på. På nattbordet ligger brillene, et glass iskaldt vann og et magasin. En svak bris med luft strømmer inn i rommet og solen titter inn gjennom vinduet. Sykepleieren kommer bort og tar seg tid til å spørre hvordan pasienten har det. Smerter? 3. Smertestillende? Ja, forebyggende. Pasienten sitter forhåpentligvis igjen med en følelse av å bli hørt og sett.”

5.4 Utfordringer i den postoperative smertebehandlingen.

Clabo's modell (2008) består av tre elementer; pasientens historie, observerbare kriterier og tidligere erfaringer med pasientgruppen. For en ideell smertevurdering ville smertebehandlingen kun fokusert på pasientens historie og opplevelse av smerte. I praksis opplevde jeg at det var noen små forskjeller på hva sykepleierne baserte smertevurdering på, men hovedsakelig var det en samlet vurdering av alle elementene i den presenterte modellen. Clabo's studie (2008) viser at på noen avdelinger kan kulturen og utøvelse av sykepleie basere seg på et dominerende mønster. Jeg forstår dette som at på noen avdelinger kan man finne et mønster på hvordan ting gjøres. Slike mønster kan være vanskelig å bryte ut av og kan medføre at endring og egenhet blir utfordrende.

En utfordring i forhold til smertebehandling er ønsket om å gjøre legene fornøyde.

Sykepleierne i studien til Clabo (2007) pekte akkurat på dette og de syntes det var utfordrende å gi pleie til pasientene som var utenfor den "normale" forventede smerte. De var nervøse for å bli refset for å ta for mye kontakt med legene i situasjoner der pasientene ba om mer smertestillende. Selv la jeg ikke merke til dette i praksis, hvor jeg opplevde at legene og sykepleierne hadde en god kommunikasjon om smertene til pasientene. I refleksjon av dette i arbeidet med oppgaven tenker jeg tilbake til en situasjon der sykepleieren prioriterte legevisitten fremfor utdeling av morgenmedisinen. Det å gjøre legene fornøyde kan derfor antas å være med på at noen pasienter ligger lenger med ubehandlede smerter enn nødvendig.

En annen utfordring kan være rettet mot pasientene og hvordan de uttrykker smerte.

Granheim (et al., 2015) viser i sin studie at flere av sykepleierne hadde en tilbøyelighet til å gi mer morfin til pasienter som viste tegn på smerte, enn til pasientene som smilte. Det var altså en del av sykepleierne som tok utgangspunkt i det observerbare og la dette som grunnlaget for smertevurderingen. Som Holm og Kummeneje (2009) beskriver smerte er det en emosjonell del i smerten. Dette kan blant annet handle om tidligere erfaringer, som kan avgjøre hvordan pasienten takler og opplever smerte. Det gjør at det er enklere å forstå at smerte kan vise seg forskjellig blant pasienter som gjennomfører de samme kirurgiske inngrepene. Om man kun tar utgangspunkt i det observerbare i smertevurderingen gir man ikke rom for pasientene til å være forskjellige. Man takler smerter på ulike måter og for noen kan det å vise at man har vondt være en svakhet, og derfor kan det være pasienter som ikke ønsker å vise at de har smerter, men ved spørsmål så forteller de at de har smerter. Det er derfor viktig at man som

sykepleier snakker med pasientene om smertene som oppleves, og at man tar det pasientene sier på alvor.

Pasienter som er akutt innlagt vil også ha andre behov enn det for eksempel elektive pasienter ville hatt. På grunn av at disse pasientene ikke har hatt noen mulighet til å forberede seg kan det å bli innlagt føles som en krise for disse pasientene. En pasient som får et lårhalsbrudd er som regel litt oppe i årene og har kanskje familie og barn. Man kan ha en reise man har gledet seg til lenge som man må avlyse. Man får ikke feiret jul hjemme sammen med familien. Det er mange faktorer som spiller inn og dette kan være en utfordring når det gjelder den postoperative smertebehandlingen (Håkonsen, 2009). Det kan derfor være krevende for sykepleieren å smertelindre en pasient i krise. I den postoperative fasen er det viktig med ro og hvile, dette kan være vanskelig for de pasientene som ikke har organisert noe før de blir innlagt. Som sykepleier må man vise tålmodighet og forståelse ovenfor pasienten i denne situasjonen. Om pasienten føler at sykepleieren ikke har tid og at han ikke blir hørt eller sett kan dette virke negativt for pasienten og føre til et dårligere samarbeid.

En siste utfordring jeg ønsker å nevne rettes mot avdelinger og en fraværende ledelse. Sykepleierne i Clabo's studie (2008) fikk spørsmålet om hva de ville gjøre om en annen sykepleier hadde en annen praksis enn det de selv hadde på avdelingen. Den ene sykepleieren svarte at de "ville fikset dem". En annen sykepleier svarte "jeg tror ikke det ville vært mulig, det ville ikke bli akseptert". Man kan anta at ved en slik tankegang blir det utfordrende å bedre den postoperative smertebehandlingen fordi sykepleierne ikke ønsker eller ser muligheter for en annen praksis. Hvis ledelsen, som tidligere nevnt, ser ut til å være fraværende og ikke skaper noen rammer og diskusjoner omkring smertebehandling kan det være vanskeligere for den individuelle sykepleier å utvikle seg. Man kan tenke seg at man lener seg mer på hverandre, i redsel for å gjøre noe feil eller skille seg ut, som Håkonsen (2009) beskriver kan være med på å danne holdninger. Da kan det være vanskelig å godta at nye sykepleiere kommer og gjør ting på en annen måte enn det som er praksisen på den aktuelle avdelingen. Resultatet av dette kan også være at pasienten selv ikke lenger er den som beskriver sin smerte. En synlig ledelse som ønsker et kritisk blikk på nåværende praksis er viktig.

5.5 Holdninger og kommunikasjon om smertebehandling.

Dihle (et al., 2006) antydte et gap mellom det som blir gjort og sagt i den postoperative smertebehandlingen. Sykepleierne sa at de vurderte smerte ved å kommunisere og observere pasienten. Under studien viste det seg derimot at kommunikasjonen var annerledes og at oppmerksomheten rundt pasientens tegn på smerte ble varierende vurdert. Håkonsen (2009) refererer i sin bok til flere studier der man har funnet ut at holdninger og atferd ikke alltid står i stil. Holdningene til sykepleierne samsvarer altså med at smerte er subjektivt, men likevel viser atferden enn annen tilnærming. Dette kan komme av redsel for å skille seg ut og eventuell gi for mye eller lite smertestillende (Håkonsen, 2003). På den andre siden kan det skyldes lite kunnskap om opioider og om redsel for bivirkninger som respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet som viste seg i studien til Granheim (et al., 2015). Sykepleierne og sykepleiestudentene i studien viste en frykt for dette som resulterte i for lav dose morfin til pasientene. Det kan også gå andre veien. Van Dijk (et al., 2016) fant ut at 37% av pasientene stilte seg nøytrale eller var enige i at morfin bare gis til pasienter i siste stadiet av kreft. På bakgrunn av dette kan det se ut som at det mangles kunnskap på dette området både blant pasienter og helsepersonell. Flere av de inkluderte artiklene (Granheim et al., 2007 & Dihle et al., 2006) understreker at sykepleiere har gode kunnskaper og holdninger om smertebehandlingen, men likevel handler annerledes i praksis. Håkonsens (2009) definisjon av holdning handler om at man tilegner seg en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte. Han viser til at situasjonen man befinner seg i kan være med på å endre holdninger, på grunn av et sosialt press. Det er viktig å få frem de individuelle forskjellene det finnes blant sykepleiere og avdelinger, likevel er det med bakgrunn i overnevnte artikler en mulighet for at en slik holdnings og atferdsmønster kan dominere på noen avdelinger. Når sykepleierne derimot hadde en mer aktiv holdning og endret måten de spurte pasientene om smerte på, ble også smertekartleggingen og trolig smertebehandlingen også bedre (Dihle et al., 2016). Man kan anta at sykepleiere ofte vet hva som er ”riktig”, men på den andre siden handler det om hva som fungerer i praksis. Ofte er det enklere å si en ting, enn det er å gjøre.

63% var gjennomsnittscoren når sykepleieren skulle prøve å score sin oppfattelse av pasientens smerte sammenligner med pasientens beskrivelse i Van Dijk (et al., 2016) sin studie. Dette er en ny fersk studie, som viser en stor utfordring når det kommer til smertebehandling. Jeg vil tro at denne scoren er så lav som den er, nettopp fordi alle pasienter er ulike. Det er utfordrende å si noe om en pasients smerte uten å snakke med pasienten.

Denne studien belyser viktigheten av å snakke med pasienten om smertene, få pasienten til å beskrive smertene som oppleves. I praksis følte jeg noen ganger at pasientene underkommuniserte smerte. Noen pasienter kunne ha et forhøyet blodtrykk og svetteperler i pannen samtidig som de anslo en lav smertescore, når man kunne anta at pasienten hadde sterkere smerter. Derfor er kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten om smerte viktig. Som nevnt ovenfor var det en stor andel pasienter i en nederlandsk studie som hadde feilinformasjon om morfin (Van Dijk et al., 2016). Det ser derfor ut til at pasienter er feilinformerte og har for lite kunnskap om smertebehandling. En annen årsak som Dihle (et al., 2006) oppdaget var at pasientene fryktet å bli avhengige av opioider. Postoperative sykehusopphold er gjennomsnittlig ikke lange og doseringen blir fulgt nøye opp. Noen av pasientene prøvde aktivt å unngå smertestillende og endte opp med og ikke sove i flere netter. Det er vårt ansvar som sykepleiere å informere pasientene, men hva skjer om både sykepleieren og pasienten frykter sterke smertestillende og bivirkninger? Igjen vises et behov om undervisning i forhold til smertebehandling. Ikke sjelden på postoperative poster er det vanlig med et smertekartleggingsverktøy. Om en pasient som ligger med sterke smerter scorer seg selv med en treer på NRS smerteskala, som vil si at pasienten er i stand til å hvile, kan det være viktig å snakke med pasienten og forsikre seg om at han forstår skalaen. Et annet tiltak kan være å stille spørsmålet på en annen måte. Slik som Dihle (et al., 2006) fant ut i sin studie var det enklere for pasienten å snakke om smertene sine avhengig av hvordan sykepleieren stilte spørsmålene. Når sykepleierne spurte ”Hvordan har du det?”, var det ikke like enkelt for pasientene å kommunisere om smertene sine. Når de derimot ble spurt ”hvordan er smerten din?” eller ”har du smerter?” var det enklere for pasienten å snakke om smerten. Mine egne erfaringer fra praksis er at sykepleierne var gode til å spørre pasientene om å utdype smertene, men ikke alltid tok i bruk NRS. Om sykepleiere blir lært opp til å spørre pasienten ”hvordan går det?” fremfor andre mer utdypende spørsmål, kan denne type læringsfaktor bli gjort om til en holdning i følge Håkonsen (2009). I tillegg til å være bevisst på hvordan man spør pasientene om smerte, er smertekartleggingsverktøy et godt hjelpemiddel. Smerteskala kan være med på å kartlegge hvor godt smertebehandlingen fungerer og er en enklere måte å se om smerten minsker etterhvert. Som det kommer frem i Fredheim (et al., 2011) sin studie var det kun litt over 50 % av pasientene som var bedt om å angi smerte på en smerteskala. I praksis erfarte jeg noen tilfeller der pasienten ble spurt om smerter, men der smerteskalaen ikke ble brukt. Det viser seg derfor en delt praksis i bruk av smertekartleggingsverktøy.

5.6 Er smerte det samme som angst?

Innledningsvis nevnte jeg en praksisopplevelse med en pasienten som hadde sterke postoperative smerter. Jeg opplevde at smertene ikke ble tatt på alvor før pasienten hadde en såkalt smertetopp. Inne på kontoret var det flere sykepleiere som diskuterte hendelsen i ettertid. Diskusjonen endte med at pasientens smerter ble forklart med at pasienten ønsket oppmerksomhet, at de unge ofte har det vondere enn de eldre og at pasientens smerter økte på grunn av angst. For meg som sykepleiestudent virket det merkelig å forklare noen smerter med angst uten at pasienten hadde denne diagnosen. Man kan anta at de mente engstelse fremfor diagnosen angst, likevel bør man ha et sterkt grunnlag for å si at pasientens smerter ikke er reelle. Dette skjedde kun med denne pasienten, men likevel satte det noen spor i meg som sykepleiestudent. Pasienten var opptatt av å forklare sine smerter, og at han var usikker på hvorfor han hadde sterke smerter. Man kan tenke seg at han hadde et behov for informasjon og befant seg i en sårbar situasjon. I mine uerfarne øyne hadde pasienten sterke smerter. Akkurat denne erfaringen stemmer ikke med studien til Granheim (et al., 2015) der sykepleierne var underforstått med at når pasienten ønsket smertestillende var det på grunn av økende smerter og derfor ikke angst, oppmerksomhetsbehov eller medikamentavhengighet. I lys av velgjørenhetsprinsippet skal man prøve å gjøre det beste for pasienten, det kan være utfordrende med holdninger som ikke innebærer at pasienten selv ikke er den beste til å bedømme sin egen smerte (Håkonsen, 2009). Hvis man som sykepleier ikke tar pasientens på alvor og ikke tror på at smerten er det pasienten uttrykker tror jeg heller ikke man kan yte optimal sykepleie for å behandle smertene som oppleves. Etter at den første sykepleieren nevnte angstbegrepet, hørte jeg flere tilfeller av andre sykepleiere som brukte begrepet når den samme pasienten ble diskutert. Man kan derfor anta at en holdning ovenfor denne pasienten ble spredt blant sykepleierne på avdelingen. Hvis man skal dra dette eksempelet til det ytterste kan man tenke seg at slike holdninger er med på å ”skade” pasienten, både på grunn av mangel på smertelindring, men også i forhold til hvordan han opplever og ikke bli trodd, som står i strid mot ikke-skade prinsippet. Om en pasient ikke føler at han blir tatt på alvor av sykepleierne, kan man anta at det kan være med på å skape engstelse og frykt (Håkonsen, 2009). Man kan tenke seg at dette er med på å skade relasjonen mellom sykepleier og pasient, noe som vil gjøre situasjonen for pasienten verre enn det den hadde trengt å være.

Det jeg har lært på bakgrunn av denne situasjonen er hvor viktig det er å tenke over hvordan man omtaler pasienter. Sykepleiere, spesielt sykepleiere med mye erfaring, kan ha en stor innvirkning på andre og ha en påvirkningskraft. Pasientene man møter er ofte i en sårbar situasjon og som sykepleiere er det viktig å møte disse med en tiltro til hva de sier og gi de en følelse av å bli godt ivaretatt, også i den postoperative fasen.

6.0 AVSLUTNING

Det er pasienter som opplever utilstrekkelig smertebehandling og som sykepleiere kan vi ikke være fornøyde med at pasienter ikke blir tilfredsstillende smertelindret. En løsning på dette kan være å ta opp smerte som tema på møter, skape et trygt miljø der det er rom for å diskutere og lære av situasjoner som oppstår. Man møter noen ganger pasienter som er mer utfordrende enn andre, men som sykepleiere har vi en plikt til å møte disse på en profesjonell og riktig måte.

I forhold til smertebehandling og holdninger må man være bevisst over sin egen utøvelse av sykepleie og se det i sammenheng med hva pasienten trenger. I denne oppgaven har fokuset vært på hvordan holdninger bidrar i den postoperative smertebehandlingen. Jeg har lært at holdninger kan være med på å lede sykepleiere både i en positiv og en negativ retning. Det kan være positivt ved at sykepleiere gjennom holdninger utfører gode handlinger i forhold til smertelindring, men kan også få en negativ innvirkning om holdninger setter en bremse for en individuell smertebehandling. Noe av det som har overrasket meg er hvor mange forskjellige faktorer som kan spille inn for å oppnå en optimal smertebehandling. Det kan være sykepleierens forhold til legen, hva man baserer smertekartleggingen sin på, redsel for bivirkninger til opioider, holdninger i forhold til velvære, dominerende mønster på avdelingen, om innleggelsen er akutt eller ikke og pasientens eget forhold til smertebehandling og smerteutrykk. Jeg har fått en større forståelse av hvor viktig det er med velvære i den postoperative fasen. Velvære kan være med på og blant annet lindre kvalme, fremme trygghet og skape et godt miljø for pasienten postoperativt.

Oppgaven har vært med på å utvikle meg som kommende sykepleier og gitt meg et bredere perspektiv på begrepet smertebehandling og hvordan holdninger kan påvirke smertebehandling pasientene får. Som snart ferdig utdannet sykepleier ønsker jeg å kunne gi pasientene jeg møter best mulig smertebehandling. Jeg ønsker å avslutte oppgaven med å si at eksemplene jeg har trukket fram i denne oppgaven fra praksis er langt i fra helhetsinntrykket jeg fikk av smertebehandling på avdelingen. Utfordringen med ubehandlede postoperative smerter er ikke nytt og det er flere ganger blitt studert hva det er som kan være med på å bidra til dette. Det blir spennende å se i årene fremover på hvordan praksis i forhold til smertekartlegging og smertelindring utvikler seg.

Litteraturliste

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S. Giskemo, A. Dāvøy, G. & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørk, I., T. & Brievne, G. (2011). Kropp og velvære. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A., (Red.), *Grunnleggende sykepleie; bind. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B., S. (2012). De fire prinsippers etikk, velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I Brinchmann, B., S (Red.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Clabo, L., M., L. (2008). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of advanced nursing*, 61(5), 531-9.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den Norske legeforeningen. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Den Norske legeforeningen.
- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of clinical Nursing*, 15(4), 469-479.
- Fredheim, O., M., S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T. & Borchgrevink, P., C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskriftet, Den Norske Legeforeningen*, 18(131), 1763-7.

- Granheim, T., H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleierens og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien*, 4(10), 326-334.
- Grønsløth, K., L., Roa, E., Kjønnøy, I., Almås, H. (2010) Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Håkonsen, K., M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- International association for the study of pain (IASP) Hentet 31. Januar 2017 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Lov om helsepersonell Hentet 18. Januar 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Norsk sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 9. Februar 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. & Nortvedt P. (2001). *Smerte; fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren B. (2016). From painful busyness to emotional immunization. *Nursing ethics*, 1-13.

- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Van Dijk, J., F., M., Alblas, E., E., Kalkman C., J & Van Wijck, A., J., M. (2016). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of clinical nursing*.
- Wøien, H. & Strand, A., C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*.

Vedlegg 1

Presentasjon av artikler

Artikkel nr.1 : ”The gap between saying and doing in postoperative pain management” er skrevet av Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. i 2006 og er publisert i Journal of clinical Nursing. Funnet ved å søke på navnet Alfild Dihle i Oria. Dette er en studie som baserte seg på å finne ut hvordan sykepleiere bidrar i den postoperative smertebehandlingen. Målet var i tillegg å identifisere barrierer for å oppnå optimal postoperativ smertebehandling. Det var ni sykepleiere inkludert fra to ulike sykehus. Studien fant ut at det er et stor gap mellom det sykepleiere gjør og hva de sier når gjelder postoperativ smertebehandling. Sykepleierne ble observert i praksis med intervjuer gjort i etterkant av smertehåndteringen. Det ble avdekket at sykepleierne hadde et bedre teoretisk grunnlag, enn det de praktiserte ovenfor pasientene. Når sykepleierne hadde en aktiv tilnærming var gapet mindre. En aktiv tilnærming var karakterisert med en åpen og direkte kommunikasjon, høysensitivitet på pasienters visuelle tegn på smerte, og trolig aktivt brukte kunnskapen sin om postoperativ smertebehandling.

Artikkel nr.2 : ”Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus” er skrevet av Fredheim, O., M., S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T. & Borchgrevink, P., C. i 2011 og er publisert i Tidsskriftet; Den Norske Legeforening. Søkt etter postoperative smerter i tidsskriftet, ”Den norske legeforening”. Hensikten med studiet var å se hva prevalensen av postoperativ smerte med intensitet >4 på en 11 punkts numerisk skala var første postoperative dag. I tillegg ble det sett på i hvilken grad smerte kartlegges systematisk, samt hvilken behandling som ble gitt. Studien viste et klart forbedringsbehov når det kommer til kartlegging, dokumentasjon og behandlingen av smerte. Det var mange pasienter som rapporterte om smerte det første postoperative døgnet. Kun i 22% av tilfellene hadde intensiteten av smertene blitt dokumentert i journalen til pasienten.

Artikkel nr.3 : ”Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses” er skrevet av Van Dijk, J., F., M., Alblas, E., E., Kalkman C., J & Van Wijck, A., J., M. i 2016 og er publisert i Journal of clinical nursing. Funnet artikkel i Pubmed med søkeordene;

postoperative pain management, nursing og patients. Studiens hensikt var å beskrive sykepleieren og pasientens kunnskap og oppfatning angående smertebehandling. Skriftlig informasjon viste seg å være nyttig for pasientens kunnskap om smertelindring. Sykepleiere skulle også score sin oppfatning av pasienters smerte og ble sammenlignet med pasientens egne beskrivelser, med en gjennomsnittscore på 63%.

Artikkel nr.4 :”Sykepleierens og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne” er skrevet av Granheim, T., H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. i 2015 og er publisert på Sykepleien.no. Søkt i sykepleie.no med søkeordet; smertelindring og holdninger. Studiens hensikt var å få økt kunnskap om sykepleierens og sykepleiestudenters kunnskaper om holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. Både sykepleiere og sykepleiestudenter hadde gode kunnskaper om smertelindring på visse områder. Videre var det et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling, som ble synliggjort gjennom to pasienthistorier.

Artikkel nr.5: “An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units” er skrevet av Clabo, L., M., L. i 2008 og er publisert i Journal of advanced nursing. Søkt i Pumed med søkeordene; pain measurement, nursing og postoperative. Hensikten med denne studien var å se hvordan sykepleiere ved to ulike sengeposter ved samme sykehus vurderte postoperativ smerte. Studien viste at det var et dominerende mønster som eksisterte på hver avdeling. På den ene avdelingen ble smerten hovedsakelig basert på observerbare kriterier. På den andre avdelingen var det pasientens egen historie som ble vektlagt mest. Det ble utviklet en modell som beskriver tre elementer som i ulik grad benyttes når graden av smerte skulle kartlegges. Disse elementene er ”pasientens historie”, ”observerbare kriterier”, og ”tidligere erfaringer med pasientgruppen”. Sykepleierne brukte i ulik grad de forskjellige elementene, og kulturen på avdelingen avgjorde hvilken som ble lagt hovedvekt på.

Artikkel nr.6 : ”From painful busyness to emotional immunization” er skrevet av Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren B. i 2016 og er publisert i Nursing ethics. Hensikten med studien var å oppnå en dypere forståelse for etiske utfordringer sykepleie møter daglig. Travelhet og dårlig tid ble oppdaget som et smertefullt fenomen som kan føre til konflikter i etiske verdier. Det var mer fokus og tilpasning i forhold til driften, i tillegg til at ledelsen ble oppfattet som

fraværende. Dessuten viste det seg at ved å neglisjere blant annet de grunnleggende behovene endte med ”moralsk blindhet” og ”emosjonell immunisering” blant helsepersonellet.