



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Når smerter ikke kan lindres

Hvordan kan sykepleiers kartlegging av kronisk smerte fremme helse hos pasienten?

Bacheloroppgave i sykepleie - SY180H

Kandidatnummer 36

Innlevert 26 april 2013

Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	3
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.3 Presisering og avgrensning.....	3
1.4 Førforståelse	4
1.5 Definisjon av sentrale begreper	4
1.6 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Metode.....	6
2.1 Litteraturstudium som metode.....	6
2.2 Innsamling av data og presentasjon av litteratur	7
2.3 Kildekritikk	8
3.0 Sykepleieteori.....	10
3.1 Orems egenomsorgsteori.....	10
3.2 Orems syn på sykepleie.....	11
4.0 Kronisk smerte	12
5.0 Kartlegging av smerte	13
6.0 Helsefremmende perspektiv	14
7.0 Drøfting	15
7.1 Kronisk smerte i samspill med livet.....	15
7.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy	19
7.3 Kommunikasjon som verktøy i sykepleie	21
8.0 Konklusjon	25
Litteraturliste	26
Vedlegg	32
Vedlegg 1. Liste over databaser og søkeord.....	32

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Interessen for hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med kronisk smerte oppstod da jeg var student i sykehuspraksis. I møte med pasienter som led av kroniske smerter opplevde jeg at det var få rutiner og tiltak rettet mot denne pasientgruppen og selv hadde jeg lite å bidra med. Det var ikke sjelden pasienten ble møtt med tvil av sykepleieren og mange fikk ikke tilstrekkelig smertelindring. Disse opplevelsene brukte jeg i en refleksjonsoppgave om hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med kroniske smerter. Da oppgaven var levert satt jeg igjen med flere spørsmål enn det jeg hadde før jeg begynte skrivingen, og jeg innså at jeg bare så vidt hadde skrapet i overflaten på det komplekse bildet det er å leve med kronisk smerte. Dette er grunnen til at jeg nå har jeg valgt å fordype meg i temaet. Jeg vil undersøke hva litteraturen sier om sykepleie til mennesker med kroniske smerter.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Jeg ønsker å sette fokus på hva sykepleieren aktivt og konkret kan gjøre for at denne pasientgruppen opplever økt helse. Hva jeg legger i begrepet helse har jeg utdypet på side 5. Etter å ha lest bøker innen tema og sett på noe av forskningslitteraturen ble det klarere for meg hva jeg ville at oppgaven skulle handle om. Dette hjalp meg i utformingen av det som skulle bli den endelige problemstillingen.

Hvordan kan sykepleiers kartlegging av kronisk smerte fremme helse hos pasienten?

1.3 Presisering og avgrensning

Jeg vil finne svar på hvordan sykepleier kan fremme helse hos pasienter med kroniske smerter på en måte som gjør at pasienten lever bedre med sine smerter. De erfaringene jeg selv har i møte med denne pasientgruppen er fra en travel medisinsk sykehusavdeling og jeg vil derfor bruke dette som en tenkt arena i oppgaven. Det er et bevisst valg å ikke omtale revmatiske avdelinger, smerteklinikker og lærings- og mestringscenter. Jeg er ute etter det allmenne, et verktøy som sykepleiere kan hjelpe seg med når de står ovenfor en pasient med kroniske smerter, uansett hvor i helsetjenesten pasienten befinner seg.

Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter med kroniske ikke-maligne smerter. Det vil si pasienter som har langvarige smerter som de må leve med, kanskje for resten av livet. På grunn av oppgavens omfang vil den ikke omfatte smertefysiologi, diagnoser eller inngående

om årsaker som kan føre til kroniske smerter. Også behandling, både medikamentell og ikke-medikamentell er utelatt fra oppgaven. Oppgaven har heller ikke rom for utdyping av de forskjellige typene av kartleggingsskjema eller kartlegging tilpasset demente og andre som ikke kan uttrykke seg selv. Dette er for øvrig alle områder som er godt beskrevet i den litteraturen jeg har brukt.

Jeg ønsker å skrive om voksne pasienter som tidligere har fungert i arbeidslivet og familielivet, men som på grunn av sykdommen har måttet redefinere sin rolle i det sosiale livet og kanskje også har måttet trappe ned på arbeid eller blitt ufør. Dette er av spesiell interesse for meg fordi disse forholdene er viktige faktorer i hvordan pasienten lever med sin sykdom.

1.4 Førforståelse

Våre erfaringer gir grunnlaget for vår førforståelse. Vi tolker de erfaringene vi gjør oss og flere like erfaringer utvikles raskt til forestillinger om hvordan verden er. Det er dette som kalles førforståelse. Vår førforståelse kan gi oss mening, men også være med på å farge vår forståelse av verden omkring oss. Fordi førforståelsen er en tolkning, kan jeg aldri være sikker på at min tolkning av omverdenen er den rette. I møte med andre mennesker eller i en oppgaveskrivingsprosess er det derfor viktig å være bevisst så mye så mulig av førforståelsen (Aadland 2004).

Jeg går inn i denne oppgaveprosessen med en forståelse av at mange pasienter med kroniske smerter blir møtt med tvil på om smertene er reelle, og at mange er redde for hvordan de blir oppfattet av familie, venner, arbeidskolleger og samfunnet for øvrig. Og det har de kanskje også god grunn til. Jeg tror det florerer mye dårlige holdninger og mangel på kunnskap om kroniske smerter, ikke bare blant folk for øvrig, men også i helsevesenet. Mistro kan gå utover pasientens verdighet, men blokkerer også for et godt samarbeid for å finne en god løsning for pasienten.

1.5 Definisjon av sentrale begreper

Kroniske smerter er smerter som varer mer enn tre måneder. I noe litteratur er definisjonen varighet over seks måneder. Smertene kan være symptomer på skader, betennelser eller slitasje, men kan like ofte ikke ha noen klar årsak. Det er ingen håp om at disse smertene skal gå over av seg selv og i mange tilfeller er dette smerter som pasienten lever med resten av livet (Berntzen, Danielsen & Almås 2010).

Mennesker som mottar sykepleie omtales i denne oppgaven som pasient. Som presisert tidligere befinner disse pasientene seg innenfor helsevesenet forholdsvis på sykehusavdelinger, men kan også befinne seg i hjemmetjenesten eller på sykehjem.

Helse kan forstås på mange måter. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Verdens helseorganisasjons definisjon som vektlegger helse som et subjektivt fenomen i sin formulering av begrepet: «Ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende.» (Espnes & Smedslund 2009).

Begrepene helsepersonell og sykepleier omtales i denne oppgaven tidvis om en annen. Oppgavens fokus er rettet mot sykepleieren, men mye av litteraturen kan relateres til alle som arbeider innen omsorg og helse. Også begrepene kronisk smerte og kronisk sykdom blir vekselvis benyttet gjennom oppgaven. Jeg anser kronisk smerte som en kronisk sykdom og bruker derfor dette som benevnelse der litteraturen omfavner et større bilde. For ordens skyld vil jeg gjennom oppgaven referere til sykepleieren som hun, og pasienten som han.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven innledes i kapittel 1. med en beskrivelse av min motivasjon og interesse for oppgaven. Her får jeg lagt fram litt av min erfaring og bakgrunn for temaet og hvorfor jeg mener at temaet er verd å skrive en fordypningsoppgave om.

I kapittel 2. *Metode* begrunner jeg mitt valg for å benytte litteraturstudium som metode, samt de avgrensningene jeg gjorde for å finne fram til de aktuelle artiklene. Her presenterer jeg også den litteraturen jeg har basert min oppgave på.

Som teorigrunnlag har jeg valgt å se nærmere på Dorothea Orems sykepleieteori i kapittel 3, og hvordan sykepleie kan utøves ut fra hennes syn på omsorg. Sentralt i problemstillingen står smertekartlegging og helsefremming. *Kronisk smerte, kartlegging av smerte og helsefremmende perspektiv* omtales henholdsvis i kapittel 4, 5 og 6.

I drøftingsdelen, kapittel 7. tar jeg for meg spørsmålstillingens kjerne, nemlig hvordan kartlegging av kroniske smerter kan benyttes til å fremme helse. Her diskuterer jeg hvordan mennesker opplever sin helse, sykepleiers bruk av smertekartlegging og hvordan sykepleier kan benytte kommunikasjon på en måte som fører til økt helseopplevelse for pasienten. For å vise min forståelse av teorien har jeg under dette kapittelet flettet inn et fiktivt eksempel,

inspirert av pasienthistorier og utsagn fra informanter i litteratur som jeg har basert min oppgave på. En oppsummering av det jeg anser som de viktigste aspektene for min oppgave samles i kapittel 8. som en konklusjon for oppgaven. Oppgavens omfang er på 9295 ord.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudium som metode

I naturvitenskapen skal innsamling av data være beskrevet slik at prosessen kan forstås og gjerne gjentas for at artikkelen skal anses som god forskning. I et litteraturstudium er litteratursøket selve metoden. Derfor er det essensielt at framgangsmåten forfatteren benyttet for å komme fram til litteraturen som oppgaven er basert på, blir nøye beskrevet. Det er også viktig å avklare forfatterens førforståelse og teoretiske plattform, fordi dette er faktorer som kan påvirke oppgavens vinkling og hvordan vi leter etter data. Et litteraturstudium baseres på den litteraturen som allerede er skrevet på området. Slik litteratur kan for eksempel være bøker, tidsskrifter, offentlige dokumenter eller forskningsartikler, men kan også inneholde egne erfaringer fra praksis. Et litteraturstudium er en form for sekundærlitteratur, hvor andres arbeid tolkes for å finne svar på en problemstilling (Dalland 2007).

I forhold til tid avsatt til denne oppgaven valgte jeg litteraturstudium framfor intervju som metode. Ved bruk av intervju skal det søkes tilgang til feltet gjennom skriftlig henvendelse til virksomhetens ledelse, samt velges ut informanter før en foretar selve intervjuet. Dette kan være en tidkrevende prosess. Jeg valgte bort essay som metode fordi jeg føler meg mer komfortabel med litteraturstudium, og fordi det er dette jeg har fått øvet meg på gjennom studieforløpet. Et litteraturstudium er en god metode for å kunne se på en problemstilling i lys av tidligere forskning og fra forskjellige synspunkter, og det gir forfatteren god anledning til å fordype seg innenfor sitt interesseområde. Ulemper med et litteraturstudium kan være at det er krevende å finne fram til god og relevant litteratur og at dette ofte tar mye tid. I tillegg er en god analyse av problemstillingen en viktig faktor for å finne presise søkeord, og noe som krever litt øvelse og erfaring av forfatteren. Å benytte andres arbeid gir rom for tolkning og muligheter for feilkilder. Det er derfor viktig å være kritisk til kildene og ikke være skråsikker og påståelig i utsagn som ikke er sann vitenskap (Dalland 2007).

2.2 Innsamling av data og presentasjon av litteratur

For meg har det vært utfordrende å finne fram i mylderet av litteratur og jeg hadde litt problemer med dette i starten av oppgaveskrivingen. Jeg kom imidlertid ikke langt i prosessen uten å ha gode forskningsartikler å jobbe ut ifra. Gjennom å lese aktuelle bøker innen temaet, fikk jeg arbeidet meg fram til en god problemstilling som gjorde det lettere å søke etter litteratur.

For å gi en oversikt over de databasene og søkeordene jeg brukte, har jeg lagt ved en tabell; *vedlegg 1. Liste over databaser og søkeord*. Denne tabellen gir en grundig beskrivelse av hvordan jeg fant fram til de artiklene som jeg valgte å basere min oppgave på. Store deler av litteraturen jeg fant gjennom mine søk falt utenfor problemstillingens avgrensning og var dermed ikke relevant for meg. I tillegg var det også mye av litteraturen som utgikk på grunn av avgrensninger og kriterier som jeg selv satte for søket. Nedenfor følger en presentasjon av de forskningsartiklene jeg har benyttet i min oppgave.

Assessment of pain er en artikkel publisert i 2008, hvor forskerne har samlet data fra andre studier med mål om å finne gyldige metoder for smertekartlegging. Det er spesielt delen som omhandler kroniske smerter som er interessant for min oppgave. Her trekker forfatterne fram de viktigste aspektene som de mener bør være med i en kartlegging av kroniske smerter. Harald Breivik, som er en av forfatterne av denne studien, er særlig kjent for sin forskning innen smerte og smertelindring. Han er lege og professor og har tidligere vært leder i Norsk smerteforening. Sammen med seg har han forfatterne Borchgrevink, Allen, Rosseland, Romundstad, Breivik Hals, Kvarstein og Stubhaug. Alle disse har tilknytning til universiteter eller sykehus. Audun Stubhaug som er lege og har doktorgrad fra smertefeltet, er også bidragsyter i en av bøkene jeg har som selvvalgt pensum.

Empowering dialogues – the patients' perspective er publisert av Sidsel Tveiten og Ingrid Ruud Knutsen i 2010. Sidsel Tveiten er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus. Hun er også forfatter av flere lærebøker, blant annet Pedagogikk i sykepleiepraksis, som er pensum for grunnutdanning i sykepleie ved UIN. Knutsen er postdoktor ved høgskolen i Oslo og hennes forskningsfelt er knyttet til empowerment, pasientundervisning og kronisk sykdom. Studien tar utgangspunkt i en fokusgruppes erfaringer og synspunkt vedrørende dialog med helsepersonell på en smerteklinikk. Målet var å belyse hva som karakteriserer følelsen av kontroll, og hva som svekker og styrker pasienten følelsesmessig og

mentalt i en dialog. Selv om jeg har valgt å utelate smerteklinikker fra min oppgave, mener jeg at denne artikkelen er relevant og at funnene i artikkelen enkelt kan overføres til en medisinsk avdeling eller andre sektorer av helsetjenesten.

The quest of well-being: self-identified needs of women in chronic pain er publisert av Hafdis Skuladottir og Sigridur Halldorsdottir (2010) som begge har en betydelig posisjon ved fakultet for sykeleie på universitetet i Akureyri, Island. I studien har de foretatt ti dybdeintervju med mål om å kartlegge selvrappporterte behov hos kvinner med kroniske smerter. Det overordnede funnet var behovet for å føle seg vel, både fysisk, mentalt, emosjonelt og sosialt. Denne studien mener jeg er interessant for min oppgave fordi sykepleiere behøver en forståelse for hvilke behov denne pasientgruppen har for å kunne gi en tilpasset sykepleie.

2.3 Kildekritikk

En oppgaves troverdighet og faglighet avhenger av at det kommer tydelig fram hvorfor de enkelte kildene er valgt framfor andre, og hvordan utvalget er gjort. Også forfatterens faglige ståsted må komme fram i lyset, slik at leseren får vite på hvilket grunnlag valget av litteratur er sortert ut ifra (Dalland 2007).

I denne oppgaven er det kun benyttet skriftlige kilder. For å orienterte meg på universitetets utvalg av bøker innen temaet kronisk smerte har jeg benyttet BIBSYS, som er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler. Slik fant jeg fram til bøker som var relevante for min problemstilling og avgrensning. I tillegg gikk jeg gjennom alle lærebøker vi har hatt som obligatorisk pensum på bachelorstudiet i sykepleie. Lærebøker og fagbøker er et godt utgangspunkt for litteratur til en studieoppgave, fordi de er knyttet til studiet og viser hvilket kunnskapsgrunnlag studenten jobber ut ifra (Dalland 2007). Utvelgelsen av litteratur vil nødvendigvis avhenge noe av forfatterens førforståelse og subjektive mening om hva som er interessant for oppgaven. For å avklare så mye som mulig av dette har jeg lagt fram min førforståelse for leseren.

Da jeg søkte etter vitenskapelige artikler og tidsskrifter benyttet jeg universitetsbibliotekets hjemmesider for å få tilgang til elektroniske ressurser og databaser. Metoden beskrives nøye ved at jeg i vedlegg 1. har avklart hvilke søkeord som er brukt i de forskjellige databasene, og når søket ble gjort. Slik blir det lett å kontrollere metoden for andre. De databasene jeg har

benyttet mest er SweMed+ og PubMed som begge er anerkjente databaser innenfor sitt fagfelt. SweMed+ er en svensk database som inneholder referanser til nordiske artikler innen medisin. PubMed er en stor internasjonal database som også inneholder referanser til medisinsk litteratur.

For å være sikker på at de artiklene jeg valgte ut er vitenskapelige artikler, så jeg etter spesifikke krav som stilles til forskningsartikler. Forfatterne skal redegjøre for valg av metode, samt presentere funn og resultater. Metoden skal være så nøye forklart at det er mulig å etterprøve det forskerne har gjort og kontrollere resultatene. Slik kan ny forskning bygge videre på den eksisterende forskningen. En vurdering og godkjenning av eksperter innen fagområdet, såkalt fagfelleevaluering eller peer review, er en ekstra kvalitetssikring (Dalland 2007).

Under søket av litteratur satte jeg opp noen avgrensinger og kriterier for hva slags litteratur jeg var ute etter, for å enklere finne den litteraturen som var best egnet til min problemstilling. Språk, tidsrom, geografi og fagfelt var områder hvor jeg avklarte for meg selv hva som skulle være interessant for min oppgave. I tillegg ville jeg at artiklene skulle være fagfellevurdert.

På bachelornivå forventes det at studenten skal kunne lese norsk, svensk, dansk og engelsk litteratur (Dalland 2007). Dette er språk jeg føler at jeg behersker godt, og har derfor valgt å begrense litteratursøket til disse språkene. Det er mulig at det finnes forskning på andre språk som hadde vært relevant for min oppgave, men mine språkferdigheter satte en naturlig avgrensning for min oppgave på dette området.

Jeg har valgt å se på litteratur fra fem år tilbake i tid. Dette mener jeg er tilstrekkelig da jeg kun er ute etter den nyeste forskningen på mitt temaområde. Hvor lenge forskning er oppdatert og relevant avhenger av utviklingen av forskningen på det spesifikke fagområdet. Avgrensning av tidsrom bør derfor tilpasses hva som finnes av litteratur. Denne avgrensningen hjalp meg med å begrense antall treff under litteratursøket, men vil også nødvendigvis utelukke eldre litteratur som kunne vært interessant for min oppgave. Dette er selvfølgelig kritikkverdig og kan gå inn som en feilkilde i denne oppgaven.

Jeg valgte også å begrense litteratursøket geografisk, og så helst etter forskning gjort i Norden og Norge. Helsen systemet og omfanget av sykdommer er ulikt i de forskjellige landene og jeg ønsket at litteraturen skulle være så representativ for den norske helsetjenesten som mulig.

Det at jeg har en snever geografisk avgrensning kan være en svakhet i oppgaven, men jeg tror også denne begrensningen gjør at funnene enklere kan overføres til den norske helsetjenesten.

Begrensning til fagfelt gjorde jeg ved å kun søke i medisinske databaser. Det er mulig at jeg hadde funnet relevante artikler i andre databaser også, men jeg anså disse databasene som best egnet for min oppgave. De artiklene jeg fant var hovedsakelig innen anestesi og sykepleie.

3.0 Sykepleieteori

3.1 Orems egenomsorgsteori

Bakgrunnen for Dorothea Orems sykepleiemodell var at hun ønsket å øke forståelsen av hva sykepleie er. Orem innførte i 1971 teorien om egenomsorg, som skulle få stor innflytelse for sykepleien som fagfelt. Å ha egenomsorg betyr å ha omsorg for seg selv, for sin egen del. I praksis vil dette si å utføre gjennomtenkte og tillærte handlinger for å opprettholde liv og helse og å fremme velvære. Det er ikke bare de fysiske behovene individet skal ha omsorg for, men også de psykiske og åndelige. Orem beskriver åtte universelle egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker, og som individet må være i stand til å mestre for at det skal kunne utøve egenomsorg. I tillegg må individet ha forståelse for sin helsetilstand og kunne ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak (Cavanagh 1999).

Orem beskriver også utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov som omhandler forhold som påvirker menneskelig utvikling, og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov som omhandler behov som oppstår når individet blir sykt, skadet eller har funksjonssvikt. De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er spesielt relevante for denne oppgaven. I all hovedsak handler disse om at individet, når det selv ikke er i stand til å sørge for sine egenomsorgsbehov, må kunne søke råd og assistanse fra andre kompetente personer. Orem påpeker at et endret selv bilde kan være en viktig del av det å bli syk og at å tilpasse seg de endringene som følger av sykdom og skade er vesentlig (Cavanagh 1999).

Friske voksne mennesker mestrer vanligvis sin tilværelse og dekker sine daglige egenomsorgsbehov. Kravene til egenomsorg samsvarer da med personens evne til å dekke disse. Det kan imidlertid forekomme situasjoner der summen av de kravene som stilles til individet, overskrider individets evne til å dekke dem. Mennesker som har en sykdom, har opplevd psykiske traumer eller som ikke har lært eller utviklet evner til å ivareta sine

egenomsorgsbehov vil kunne trenge hjelp til å dekke disse. Denne hjelpen kan komme blant annet fra familie, venner eller sykepleiere. Sagt på en annen måte: et individ som ikke er i stand til å mestre, forstå eller å ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak for å dekke sine universelle og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, vil ha behov for sykepleie (Cavanagh 1999).

3.2 Orems syn på sykepleie

Sykepleiere har flere funksjoner i sitt arbeid med å hjelpe pasienten til å dekke sine egenomsorgsbehov, men den mest åpenbare av dem er å handle på vegne av andre (Cavanagh 1999). For å yte god og tilpasset sykepleie må sykepleieren vurdere samsvaret mellom pasientens egenomsorgsbehov og pasientens ressurser. Graden av svikt i pasientens egenomsorg avgjør hvor mye hjelp som behøves, altså hvor mye sykepleieren må kompensere for pasienten (Kristoffersen 2005).

Om pasienten allerede har ressurser eller med litt hjelp er i stand til å utvikle ressurser til å ivareta sin egenomsorg, benyttes det støttende og undervisende sykepleiesystem. Mennesker med kroniske sykdommer må ofte lære seg å dekke sine egenomsorgsbehov på en ny måte. Da vil støtte og undervisning ofte være tilstrekkelig for å sette i gang en slik omstilling (Kristoffersen 2005). Orem understreker at det er nødvendig å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient for at sykepleieren skal kunne hjelpe. Sykepleieprosessen beskrives som identifisering av pasientens behov, bruk av metoder og hjelpemidler basert på systematisert kunnskap, og evaluering av utførte tiltak i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen 2005).

For å dekke pasienters egenomsorgsbehov beskriver Orem fem hjelpemetoder som sykepleieren benytter. Bakgrunnen til at pasienten har egenomsorgssvikt og i hvilken grad pasienten er i stand til å ivareta sin egenomsorg er avgjørende for hvilken metode sykepleieren velger å ta i bruk (Cavanagh 1999). Under vil jeg utdype tre av hjelpemetodene som jeg mener er av størst betydning for denne oppgaven.

Sykepleierens støttende funksjon skiller mellom fysisk og psykisk støtte. Orem omtaler fysisk støtte som et fellesskap eller lagarbeid mellom sykepleier og pasient for å dekke pasientens egenomsorgsbehov. Psykisk støtte betraktes av Orem som et forstående nærvær, ved at sykepleieren også har en funksjon i å lytte til pasienten og tilby tilpassede tiltak (Cavanagh

1999). Denne hjelpemetoden innebærer at sykepleieren handler på vegne av pasienten, men på en måte som best mulig utnytter og vedlikeholder pasientens ressurser. Sykepleieren kan gi sin støtte ved sitt blotte nærvær, ved sitt blikk eller gjennom berøring. Andre ganger må det verbal oppmuntring eller fysisk assistanse til. Denne hjelpemetoden kan gi pasienten trygghet og motivasjon til å utføre egenomsorg (Kristoffersen 2005).

Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling innebærer at sykepleieren tilrettelegger for et miljø rundt pasienten som fremmer ansvar, deltakelse og læring. Gjensidig respekt og tro på menneskets utviklingsmuligheter er faktorer som kjennetegner et utviklende miljø (Kristoffersen 2005).

Veiledning er en hjelpemethode som kan benyttes for å hjelpe pasienten under planleggingen og utførelsen av egenomsorgshandlinger. Pasienten må selv være i stand til å ta beslutninger og utføre handlingen, og han må være motivert for det som skal skje. Metoden kan utspille seg ved at sykepleieren kommer med forslag og råd, eller gi anbefalinger, instruksjoner eller har tilsyn til pasienten. Veiledning forutsetter at det er kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten (Kristoffersen).

4.0 Kronisk smerte

Smerte er et uttrykk som brukes til både å beskrive sanseopplevelsen når kroppen utsettes for skade og til å beskrive vanskelige følelser. Fra et evolusjonsmessig standpunkt er smerte en livsviktig mekanisme for at vi mennesker skal kunne beskytte oss selv og våre nærmeste mot farlige situasjoner (Fors 2012). Av samme årsak har vi evnen til empati, det å kunne leve oss inn i andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide 2007). Empati relatert til smerter handler ikke bare om å forstå at den andre har smerte, men gjør også at vi til en viss grad kan føle andres smertefornemmelse på vår egen kropp og får en medfølelse for den som er rammet. Det er likevel ikke all smerte som signaliserer fare. I noen tilfeller har ikke smerten en åpenbar funksjon eller årsak. Det kan gjøre den vanskeligere å forstå, både for den det gjelder og for andre (Fors 2012).

Smerte kan klassifiseres på en rekke forskjellige måter, men den vanligste er kanskje ut fra hvor lenge smerten varer. Denne klassifiseringen skiller mellom akutt og kronisk smerte. Akutt smerte er forholdsvis kortvarige smerter med varighet fra minutter og opp til tre måneder. Smerter som har vart i mer enn tre måneder, eller seks måneder i noe litteratur,

klassifiseres som kroniske (Stubhaug & Ljoså 2008). I motsetning til akutte smerter, som opphører når den aktuelle skaden er leget, varer kronisk smerte utover den antatte tilhelingstiden (Ljoså & Rustøen 2007). At smerter omtales som kroniske kan i noen tilfeller vekke negative assosiasjoner om at smertene aldri vil gå over. Derfor omtales kronisk smerte i noe litteratur som langvarig smerte (Stubhaug & Ljoså 2008).

Kroniske smerter kan være forårsaket av at sterke akutte smerter ikke har blitt tilstrekkelig smertelindret. Skade, sykdom, ulykke og kirurgi kan alle være hendelser som fører til kronisk smerte, men majoriteten av kroniske smerter har ukjent årsak. Ofte kan en hverken se eller påvise hvorfor en person opplever kronisk smerte (Ljoså & Rustøen 2007). Kroniske smerter er på mange måter en usynlig sykdom og flere opplever å bli møtt med tvil både av helsepersonell og av familie og venner. Et liv med kroniske smerter blir av mange beskrevet som en kamp for å oppnå troverdighet og å få andre til å se begrensningene sykdommen påfører kroppen. Skyldfølelse og tvil på seg selv er ikke uvanlig i en slik situasjon, og det å få en medisinsk diagnose kan derfor oppleves som en bekreftelse eller et bevis på at en faktisk lider av en sykdom (Skuladottir & Halldorsdottir 2010).

Til forskjell fra akutte smerter som fungerer som et varslingsystem og en forsvarsmekanisme for individet, har ikke kroniske smerter noen nytteverdi. Tvert om, kan kroniske smerter påvirke immunsystemet, noe som kan forverre situasjonen og øke risikoen for skade, infeksjon og død. Ubehandlete kroniske smerter kan få fysiske konsekvenser som leddkontrakturer, muskelatrofi, søvnløshet og negative konsekvenser for respirasjon og sirkulasjon. Dette, sammen med de psykososiale påkjenningene det er å leve med kroniske smerter, gjør smertelindring av denne pasientgruppen til en stor utfordring (Nortvedt & Rustøen 2008).

5.0 Kartlegging av smerte

Kartlegging av smerter er en viktig sykepleieoppgave og vurdering av pasientens smerter kan gjøres på mange måter. Gjennom samtale med pasienten, ved å observere nonverbale uttrykk og vitale tegn eller ved å benytte verktøy spesialisert for kartlegging av smerter. Det viktigste er at kartleggingen tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av smerten (Torvik, Skauge & Rustøen 2008). Kliniske tegn som kaldsvette og blekhet, forhøyet puls og blodtrykksfall kan være et uttrykk for smerte. Ved varige smerter vil imidlertid disse fysiologiske

reaksjonene ofte normaliseres, og de er derfor ikke en god parameter for smertemåling ved kroniske sykdommer. Pasientens beskrivelse av smerten og tegn på smerte gjennom pasientens adferd, det han gjør eller unngår å gjøre, er en mye sikrere kilde til pasientens opplevelse av smerte (Berntzen et.al 2010).

I tillegg til samtale med pasienten, kan det være nyttig å bruke et skjema eller en skala i smertekartleggingen. Det finnes forskjellige typer av disse skjemaene og det er forskjell på hvor omfattende de er. Felles for dem alle er imidlertid at de etterspør informasjon om smertens intensitet. En VAS-skala er en enkel form for smerteskala hvor pasienten markerer smerten sin på en skala fra 0 til 10. Dette kan være en god kartlegging for å måle pasientens opplevelse av smerter i øyeblikket. En kan også benytte et spørreskjema som skisserer et bilde på smertens intensitet, kvalitet og varighet, og et kroppskart hvor pasienten kan angi hvor på kroppen smerten sitter (Fjerstad 2010).

I følge Breivik med flere (2008) er kartlegging av kroniske smerter mer krevende enn kartlegging av akutte smerter, på grunn av den enorme innflytelsen de har på menneskets liv. Ved kronisk smerte er det et viktig poeng å benytte flerdimensjonal smertekartlegging for å kartlegge de sosiale og psykologiske aspektene, i tillegg til den fysiske smerten. Smertens intensitet og karakter må kartlegges sammen med hva som forbedrer og forverrer smerten og hva som eventuelt hjelper pasienten til å mestre smertene (Nortvedt & Rustøen 2008).

Pasientens tanker om smertene har stor betydning for opplevelsen av smerte og funksjonsnivå. Det er derfor viktig at det foretas en bred evaluering av pasientens situasjon, og kartlegging av pasientens tankesett bør stå sentralt (Fredheim, Borchgrevink, Landmark, Schjødt & Breivik 2008). Om råd og veiledning fra helsepersonell skal ha noen verdi, må eventuelle tanker som styrer pasientens adferd være kartlagt på forhånd (Fjerstad 2010).

6.0 Helsefremmende perspektiv

Helsefremmende og forebyggende helsearbeid glir ofte over i hverandre og tiltakene kan også mange ganger være like. Derfor er det intensjonen bak tiltakene som iverksettes som er avgjørende for hvordan helsearbeidet klassifiseres (Espnes & Smedslund 2009).

Helsefremming er å sette i gang tiltak som bedrer helsen og livskvaliteten eller øker graden av friskhet og velvære i befolkningen. Helsefremmende arbeid tar tak i de positive aspektene ved helsearbeidet og øker mulighetene til å mestre nye utfordringer og belastninger man utsettes

for i dagliglivet. Forebyggende helsearbeid setter i gang tiltak for å redusere risikofaktorer som kan føre til sykdom, skade, sosiale problemer og død. Helsefremmende arbeid er ikke en motsetning til forebyggende arbeid, men de utfyller hverandre (Espnes & Smedslund 2009).

I en helsefaglig sammenheng kan helsebegrepet relateres til tre perspektiver; personens oppfatning av livet generelt, oppfatning av helse og oppfatning av forhold knyttet til symptomer og sykdom. Disse perspektivene kan alle påvirke hverandre gjensidig. Symptomer og problemer relatert til en sykdom kan for eksempel føre til at personen opplever helsen som dårligere og er mindre tilfreds med livet. Men en generell utilfredshet med livet kan også forsterke symptomer og plager relatert til en kronisk sykdom (Wahl & Hanestad 2007).

Mennesker har ulike forutsetninger for å møte de utfordringene sykdom gir. Hva en har med seg i bagasjen når kronisk sykdom inntreffer kan i noen tilfeller gjøre det lettere å tilpasse seg sykdommen, og i andre tilfeller vanskeligere. Erfaringer og leveregler, samt belastninger ellers i livet og hvilken livssituasjon en er i når sykdom inntreffer, avgjør hvor rustet en står for å takle påkjenningene sykdommen bringer med seg. Å holde seg så frisk som mulig når en allerede har en sykdom innebærer å styrke de faktorene som beskytter mot sykdom, og å sette fokus på de psykologiske og sosiale aspektene allerede når pasienten får sin diagnose. Dette kalles tertiær helseforebygging. I praksis krever dette tid og interesse for å kartlegge, ikke bare symptomer på den fysiske sykdommen, men også risikofaktorer slik at det blir mulig å behandle disse før personen utvikler angst eller depresjon (Fjerstad 2010).

7.0 Drøfting

7.1 Kronisk smerte i samspill med livet

Kroniske smerter er varige smerter og de kan påvirke alle aspekter av pasientens liv. Ved kronisk sykdom er man både syk og frisk samtidig, og det er derfor avgjørende hvordan pasienten lever med smertene sine. Hvordan individet selv opplever sin helse kan ha mye å si for hvor mye plass sykdommen tar i personens liv (Fjerstad 2010). «For helse er noe mer enn fravær av sykdom. Der er et samspill mellom det som feiler oss og det som ikke feiler oss, mellom sykdommen og hvordan vi forholder oss til den.» (Fjerstad 2010, s. 256).

For å gjøre teorien mer håndgripelig, skal vi møte Sigrid som lider av kroniske smerter i korsryggen. Til å begynne med var smertene plagsomme, men etter hvert har de utviklet seg

til å bli så ille at hun ikke lenger klarer å gjennomføre arbeidsdagen. Hun har vært gjennom en rekke undersøkelser, men ingen har klart å finne årsaken til smertene. For seks måneder siden ble hun ufør og hun føler mange ganger at hun så vidt strekker til på hjemmebane. Legen har fortalt om hvor viktig det er å holde seg i fysisk aktivitet, slik at smertene ikke skal forverres. Selv mener Sigrid at smertene startet da hun slo ryggen under et fall på en fjelltur, og at de forverres når hun er i bevegelse. Derfor unngår hun fysisk aktivitet så langt det går. Smertene tar mye rom i Sigrids liv og hun føler ofte at hun mangler overskudd til barna og husarbeidet. Hun orker ikke lenger å være med i sosiale sammenhenger fordi hun vet av erfaring at selv om hun kommer til å ha det gøy, vil det gå ut over formen hennes de neste dagene. Dette har ført til at hun har mistet kontakt med mange av sine tidligere venner og hun føler seg stadig nedstemt og alene.

Kroniske smerter bærer ofte med seg store konsekvenser for den som er rammet, for omgivelsene og for samfunnet. Negativ påvirkning på personens liv kan i mange tilfeller vise seg ved at han føler seg trøtt og uopplagt, har konsentrasjonsvansker, føler seg alene og hjelpeløs eller utvikler depresjon (Nortvedt & Rustøen 2008). Mennesker med kroniske sykdommer opplever ofte store tap i forhold til sitt liv og sin framtid. Mange opplever at de ikke lenger klarer å fylle de rollene de mestret før de fikk sykdommen. Isolasjon, tap av sosiale relasjoner og interesser og å måtte kutte ned på arbeidsmengden eller bli ufør er ikke uvanlig (Rustøen 2007). Å håndtere smerten kan beskrives som en konstant prosess som endrer følelser, adferd og mål (Skuladottir & Halldorsdottir 2010).

Kronisk sykdom rammer kroppen, men påvirker også tankene. Eksempel på dette kan være hva en tenker om seg selv, sin sykdom, sin framtid og hvilke tanker andre har om en. Pasientens forestilling om hvorfor han opplever smerter kan påvirke hvordan han lever med sykdommen. Også tanker om hvorfor en har utviklet en sykdom, selv etter at den er diagnostisert, kan bidra til å begrense personen ut ifra hva han selv tror årsaken er (Fjerstad 2010). Tanker om årsaken til smertene styrer Sigrids adferd. For Sigrid er fysisk aktivitet blitt et synonym for smerter i ryggen, og hun har nærmest utviklet en frykt for å bruke kroppen. Feilaktige tanker kan føre til uhensiktsmessig adferd. Ikke bare vil dette kunne føre med seg negative konsekvenser for Sigrids fysiske, mentale og sosiale helse, men det kan også bidra til at smertene forverres. Når vi tenker at noe er farlig, blir vi redde og redsel er en følelse som forsterker smerteopplevelsen. Det er derfor viktig å kartlegge hva pasienten selv tenker om

grunnen til smertene. Pasientens egne tanker om hva som skal til for at smertene skal bedres bør være med i avgjørelsen om hvilke tiltak som iverksettes og gir et hint om hvordan sykepleieren best mulig kan kommunisere med pasienten (Fjerstad 2010).

For to år siden ble Sigrid og ektemannen separert, noe som har vært svært vanskelig for Sigrid. I tillegg til det følelsesmessige aspektet av separasjonen har omstendighetene også ført til økonomiske bekymringer. Belastninger og påkjenninger i livet generelt er med på å opprettholde smertene og stjeler krefter og oppmerksomhet fra å ha et hensiktsmessig fokus på sykdommen (Fjerstad 2010). Jeg tror det kan være av stor betydning for sykepleieren å kartlegge hvordan pasienten oppfatter sin situasjon og livet generelt, og hvordan dette påvirker pasientens måte å håndtere smertene på. Hvordan vi forholder oss til utfordringer gjenspeiles i stor grad av den kulturen vi har vokst opp i og de verdiene vi fikk formidlet som barn. Også traumer og overgrep er en del av personens erfaringsbakgrunn og kan ha noe å si for hvordan utfordringer takles (Fjerstad 2010). For å tilrettelegge for et godt samarbeid tror jeg det kan være en fordel om sykepleieren vet noe om pasientens bakgrunn, og lærer pasienten å kjenne. Dette er forøvrig noe det må settes av tid til, og i min erfaring er det ikke alltid rom for det.

Hovedutfordringen til mennesker med kroniske smerter er å beholde en følelse av kontroll over smertene (Skuladottir & Halldorsdottir 2010). Å oppleve en viss kontroll og innflytelse over sin egen helse kan fungere som en buffer, og beskytte mot sykdom. Det samme kan psykologiske faktorer, som et godt nettverk av familie og venner og tro på seg selv og sine ressurser. Positive følelser bidrar til å gjøre oss robuste og gjør oss motstandsdyktige mot sykdom. Paradokset er at de samme faktorene som har makt til å beskytte oss mot sykdom, i sin motsatt, kan utgjøre en risiko for å bli syk. Angst og depresjon er svært utbredte tilleggslidelser ved kronisk sykdom og det er derfor viktig at helsepersonell kan gjenkjenne tegn på utvikling av psykiske plager, og at dette fanges opp i smertekartleggingen. Psykiske plager går utover det mentale overskuddet og gjør det vanskeligere å håndtere kroniske smerter (Fjerstad 2010).

Ved noen tilfeller kan pasienten ha behov for mentalt forarbeid før de riktige tiltakene settes i gang (Fjerstad 2010). Sigrids tanker omkring sin smerte gjør henne passiv og inaktiv. Å informere henne om gevinsten ved fysisk aktivitet vil ikke nødvendigvis hjelpe henne til å bli mer fysisk aktiv, så lenge hun mener at dette er en faktor som opprettholde smertene. Da kan

det være vel så viktig å rette tiltakene mot hennes tanker og forståelse av smertene i første omgang. Til dette er det nødvendig for sykepleieren å innta en støttende og undervisende funksjon og samtidig legge omgivelsene til rette for at Sigrid skal kunne ta til seg ny informasjon. Kommunikasjon og en felles forståelse mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for et slikt samarbeid (Kristoffersen 2005).

Når sykdom ikke går over er helsepersonells fremste oppgave å hjelpe pasienten til å holde seg mest mulig frisk. Dette er også pasientens utfordring (Fjerstad 2010). Behov som står i konflikt til hverandre bidrar til å skape store dilemmaer i livet til mennesker med kroniske smerter (Skuladottir & Halldorsdottir 2010). Det er en kunst å gi sykdommen akkurat den oppmerksomheten som skal til for at en også kan få det meste ut av livet. Å finne balansen mellom hvile og aktivitet, prioritere egne behov og å sette grenser er viktige egenskaper når det kommer til å ta vare på helsen sin. Livet blir enklere, både for en selv og for de nærmeste, dersom en har evnen til å ta vare på sin egen helse (Fjerstad 2010). Orems menneskesyn forutsetter at et sunt og voksent individ vet når det trenger hjelp og assistanse. I vårt samfunn er det for øvrig mange mennesker som ikke oppfyller Orems forutsetninger og det å være uavhengig, og å klare seg selv er en egenskap av høy verdi i det vestlige samfunnet. Å innrømme at en behøver hjelp og å være i stand til å be om det sitter derfor langt inne hos mange (Cavanagh 1999). Ikke alle klarer å skille mellom å ta vare på seg selv og å være egoistisk, og dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å lære seg å ivareta sitt økte behov for omsorg. Det kan også gjøre det mer utfordrende for helsepersonell å hjelpe pasienten til tilstrekkelig egenomsorg. For sykepleieren er det nødvendig å være oppmerksom på at pasienter har forskjellig terskel for å be om hjelp og at dette kan kreve forskjellig tilnærming (Fjerstad 2010). Sigrid har behov for å vedlikeholde kroppen med moderat mosjon. Hennes erfaring er imidlertid at når hun gjennomfører dette tiltaket blir hun så sliten at hun hverken har overskudd til å gjøre husarbeid eller leke med barna i dagene som følger. Om Sigrid får hjelp til å forstå at det å gjøre det beste for helsen ikke er egoistisk av henne, kan det kanskje bli lettere for henne å ivareta omsorgen for seg selv.

For å fremme helse er det nødvendig å snu om på spørsmålet fra hva som gjør at vi blir syke, til å etterspørre hva som bidrar til å gjøre oss motstandsdyktige mot sykdom og hvorfor så mange med kroniske sykdommer tross alt ikke får store psykiske problemer. Kunnskap om faktorer som kan påvirke opplevelsen av helse gir en mulighet, men også et ansvar for å

styrke disse. Slik kan sykepleieren arbeide helsefremmende og bidra til best mulig helse hos pasienten (Fjerstad 2010).

7.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy

Sykepleieren er ofte den som står nærmest pasienten i en avdeling og er i kontakt med pasienten gjennom hele arbeidsdagen. Dette setter henne i en særstilling når det gjelder oppfølging og vurdering av behandlingen. En viktig sykepleieoppgave er kartlegging av pasientens smerte, noe som danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og å evaluere en behandling som er tilpasset den enkelte pasient. En forutsetning for en vellykket smertekartlegging og et godt utgangspunkt for videre behandling er at pasienten har tillit til sykepleieren som utfører kartleggingen (Torvik et.al 2008). Opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor, samt om pasienten opplever å ha sykepleierens oppmerksomhet har betydning for tilliten. Det første møtet kan dermed være avgjørende for om pasienten får tillit til sykepleieren (Tveiten 2008).

Det er pasientens oppfattelse av sin egen smerte som danner grunnlaget for smertekartleggingen (Torvik et.al 2008). Det beste utgangspunktet for dette er samtale og dialog med pasienten. Det innebærer at pasienten med sine egne ord får mulighet til å beskrive sin smerte til sykepleieren (Nortvedt & Rustøen 2008). Pasienten kan forklare smerten sin til sykepleieren på så fargerike måter som han bare kan tenke på, men til syvende og sist vil smertebehandlingen avhenge av sykepleierens evne til å forstå pasientens smerte. Det er dette Aadland (2004) beskriver som hermeneutikkens egen problemstilling. En kan si: jeg skal forklare det for deg, men det er umulig å si: jeg skal forstå det for deg. Fordi smerte er en subjektiv følelse som kan påvirkes av psykiske faktorer, er det umulig for andre enn pasienten selv å forstå sin smerte. Da må det også være pasienten selv som vurderer smerten sin. Alle vurderinger foretatt av sykepleier vil kun være fortolkninger av pasientens uttrykk for smerte. Flere studier har avdekket at helsepersonells vurdering av pasientens smerte ofte ikke samsvarer med pasientens egen vurdering. I mange tilfeller rapporterte helsepersonell pasientens smerte som svakere enn det pasienten selv gjorde. En slik praksis vil føre til underbehandling av smerter og understreker viktigheten av at pasienten selv har mulighet til å rapportere smerten sin (Torvik et. al 2008).

Pasientens funksjonsnivå og hvordan pasienten fungerte før og etter at smertene ble et problem, er et viktig spørsmål for å kartlegge hvordan smertene påvirker pasientens funksjon.

Funksjonsnivå kan også være et indirekte uttrykk for personens mestring. Med mestring menes strategier for å håndtere utfordringene pasienten står ovenfor. Noen er i stand til å opprettholde et tilfredsstillende funksjonsnivå til tross for sterke smerter, andre makter ikke dette. Hvordan pasienten mestrer sine smerter kan være en avgjørende faktor for hvilken type behandling som er riktig og mest hensiktsmessig å rette mot pasienten (Fjerstad 2010).

Smertekartlegging kan også være med på å bevisstgjøre pasienten på hvilke forhold som lindrer smertene og hva som forsterker dem. En grundig kartlegging av psykologiske faktorer som kan opprettholde smerte er et godt utgangspunkt for å hjelpe pasienten med å mestre smertene på en hensiktsmessig måte. En slik kartlegging kan bidra til å gi pasienten en følelse av å bli tatt på alvor og møtt av helsepersonell på en god måte. Dette gjelder spesielt pasienter som er engstelige for at de ikke skal bli trodd på sine smerter. Som helsepersonell skal vi for øvrig være klar over at spørsmål om psykologiske forhold kan få pasienten til å tro at vi tolker smertene som psykiske og at dette kan skape et vanskeligere utgangspunkt for kartlegging. Det er derfor viktig å forklare pasienten hvorfor vi spør om psykologiske faktorer (Fjerstad 2010).

Kartlegging av smerte ved hjelp av kartleggingsverktøy som er tilpasset den aktuelle pasientgruppen og individet, er essensielt for å lykkes med smertebehandlingen. Rutinemessig kartlegging, like ofte som ved andre vitale tegn, kan bidra til en bedre oppfølging av smertene. Bare ved jevnlig måling og evaluering kan smerten bli synlig for andre enn pasienten (Breivik et. al 2008). Ved å benytte vurderingsskjemaer i smertekartleggingen blir pasientens subjektive smerte systematisk vurdert og resultatene kan dermed sammenlignes fra gang til gang. Dette gjør det også lettere å måle effekten av smertelindrende behandling, samtidig som at sykepleierne får et felles begrepsapparat seg imellom som gir individuelle holdninger og synsing mindre betydning. Det er imidlertid viktig å påpeke at resultatene av slike vurderingsskjemaer ikke kan sammenlignes fra pasient til pasient. Hvordan en pasient vurderer sin smerte kan være helt annerledes fra en annen. Det viktige er at ved hjelp av vurderingsskjema kan resultatene hos samme pasient sammenlignes over tid. Endringer i pasientens vurdering av smerte blir dermed en god parameter for å vurdere effekten av smertelindrende behandling eller hvordan smertene utvikler seg (Berntzen et. al 2010).

Gjennom bruk av kartleggingskjema kan man omgjøre kvalitative variabler, som tanker og følelser, til kvantitative og målbare størrelser på en måte som ivaretar pasientens verdighet.

Det er pasienten selv som har gjort denne vurderingen og vi kan dermed sammenligne resultatene fra dag til dag (Berntzen et. al 2010). Norsk smerteforening har ut fra validerte og internasjonalt anerkjente måleinstrumenter utviklet et kartleggings skjema som er tilpasset for å kartlegge kroniske smerter. Et felles skjema vil gjøre det mulig å sammenligne pasientpopulasjonene og behandlingsresultatene mellom de ulike helseforetakene og gjør det enklere å gjøre kliniske nasjonale studier (Fredheim et. al 2008).

Om vurderingsskjemaer skal ha noen nytteverdi må de brukes regelmessig i kartlegging av smerte og vurderingen av smertelindrende behandling. Sykepleieren må ha kjennskap til de ulike typene av vurderingsskjema og vite hvilke som er tilpasset de forskjellige pasientgruppene. Sist, men ikke minst, må resultatene av smertekartleggingen dokumenteres (Berntzen et. al 2010). Min erfaring er at smertekartleggings skjema benyttes sjelden, og at dokumentasjon av smerter er minimal. På den medisinske avdelingen hvor jeg var i praksis var det ikke rutine å spørre pasienten om han hadde smerter, og det ble dermed opp til pasienten selv å kontakte sykepleieren. Dette tror jeg er vanskelig for mange, og vil føre til stor underrapportering av smerter med dårligere smertebehandling som følge.

I en studie foretatt blant sykepleiere og intensivsykepleiere ved en intensiv og postoperativ avdeling svarte 67 % at de sjelden eller aldri bruker VAS-skala for å kontrollere effekten av smertelindrende medikamenter (Reiersdal, Helland & Breland 2007). I følge Margo McCaffery, en anerkjent smertespesialist, er den eneste gyldige indikatoren på smerteintensitet pasientens tallmessige selvrappport. Smertekartleggingsverktøy burde derfor være en selvfølge i sykepleiers daglige arbeid med å kartlegge smerte. 78 % av de spurte i undersøkelsen oppga «ikke rutine i avdelingen» som årsak til at de ikke benyttet smertekartleggingsverktøy. Dette beskriver hvilken innflytelse, men også mulighet ledelsen på avdelingen har til å legge føringen for arbeidsmetodene. Forfatterne av studien foreslår å la smerte bli pasientens 5. vitale tegn, på linje med blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur. I 2001 ble dette innført ved lov i California, USA (Reiersdal et. al 2007).

7.3 Kommunikasjon som verktøy i sykepleie

«En person kan beskrive sine smerter for andre, men beskrivelsen blir oftest ufullstendig, fordi opplevelsen rommer mer smerte enn det som kan uttrykkes med ord.» (Berntzen et al. 2010, s 357). En god omsorg for pasienter med smerter er helt og holdent avhengig av at pasienten klarer å formidle smertene sine til sykepleieren og at sykepleieren oppfatter det

pasienten prøver å formidle (Fjerstad 2010). For å kunne hjelpe må sykepleieren i tillegg til å ha kunnskaper og ferdigheter, være i stand til å videreformidle disse til pasienten og hun må kunne beskrive for pasienten hva slags egenomsorgsbehov han har og hvilke tiltak som kreves ut i fra disse (Cavanagh 1999). Dette krever kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon er utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Den kan være verbal eller nonverbal, altså uttrykkes med ord og lyder eller uttrykkes med for eksempel ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Fjerstad 2010).

Sykepleierens grunnlag for å forstå pasientens smerte og å kunne hjelpe, ligger altså i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Eide 2008). Orem betrakter sykepleieprosessen som en prosess der sykepleieren må delta i både mellommenneskelige og sosiale prosesser i tillegg til problemløsningsprosesser. Dette innebærer at sykepleieren må innlede og opprettholde et hensiktsmessig forhold til pasienten og pårørende (Cavanagh 1999).

Å føre en samtale for å kartlegge hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva han er opptatt av, kan bidra til at sykepleieren blir kjent med pasienten og legger grunnlaget for tillitt (Tveiten 2008). Det at pasienten blir trodd er en viktig brikke i både smertekartleggingen og for forholdet mellom pasienten og sykepleieren (Tveiten & Knutsen 2010). Det er derfor viktig å tilrettelegge for en kartlegging som tar utgangspunkt i pasientens utspill og som gir han en opplevelse av å bli møtt og tatt på alvor (Fjerstad 2010). Fra praksis på medisinsk avdeling erfarte jeg derimot at pasienten ikke ble trodd av sykepleieren. Dette dannet et dårlig samarbeidsgrunnlag for de to partene, og pasienten fikk ikke en god oppfølging av smertene sine. Det er helsepersonells ansvar å respektere pasientens uttrykk for smerter og følge den opp med egnet smertekartlegging og behandling. Det krever at en tror på det pasienten sier, eller i det minste lar tvilen komme pasienten til gode (Skuladottir & Halldorsdottir 2010).

Evne til empati er viktig i alle deler av prosessen med å kartlegge pasientens smerte. Sykepleieren bruker empati til å identifisere smerten, til å støtte pasienten og for å gi råd og veiledning om hva som kan lindre smerten. At pasienten møter noen som forholder seg til smertene og hjelper til med å håndtere vanskelige følelser er viktig for motivasjonen til tåle sin situasjon. Et forståelsesfullt blikk eller empatiske ord kan bety mye for en pasient som lider av smerter (Eide 2008). Sykepleierens oppgave er ikke å fjerne pasientens vanskelige følelser, men å være aksepterende tilstede og respektere de følelsene pasienten har. Dette krever at sykepleieren unnlater å vurdere og i stedet innstiller seg på samme følelsesmessige

bølgelengde som pasienten og viser at hun ser, forstår og aksepterer. Dette danner et godt utgangspunkt for å skape tillitt og å sette i gang en dialog omkring pasientens tanker (Eide & Eide 2007). Å få muligheten til å snakke om sine opplevelser og plager kan hjelpe pasienten, samtidig som det gir sykepleieren informasjonen hun behøver for å sette seg inn i hvordan situasjonen oppleves for pasienten og for å formidle ny informasjon som pasienten trenger. Sykepleierens empatiske forståelse av pasienten blir dermed et bidrag til informasjonsutveksling som kan hjelpe pasienten til å leve bedre med smertene sine (Eide 2008).

En dialog beskrives i Eide & Eide (2007) som et relasjonelt fenomen, som stadig veksler mellom respons og initiativ. En hjelpende respons signaliserer at budskapet er forstått og at relasjonen ivaretas, mens et hjelpende initiativ fører dialogen videre i ønsket retning. Ved en profesjonell kommunikasjon ligger fagkunnskap til grunn for hvordan en responderer og tar initiativ. En dialog bidrar til å skape en felles forståelsesplattform for pasient og sykepleier og respekt, empati og interesse for pasienten kan formidles gjennom en god dialog. Hvordan sykepleieren responderer på pasientens initiativ kan ha stor betydning for hvordan han forstår sin sykdom (Tveiten 2008). Det er sykepleieren som har ansvaret for kvaliteten på dialogen og at hennes kompetanse får komme fram i samtalen er derfor viktig (Tveiten & Knutsen 2010). Gjennom spørsmål kan sykepleieren legge til rette for en refleksjon hos pasienten, over hva som kjennes riktig for ham (Tveiten 2008). Det å få snakket ut om sine tanker og bekymringer til noen som er villige til å lytte kan få håpet til å spire, sammen med følelsen av å bli respektert og en vilje til å se ting annerledes og prøve ut nye metoder for smertelindring (Tveiten & Knutsen 2010). For Sigrid vil det kanskje være lettere å følge rådet om fysisk aktivitet om det kommer fra en sykepleier som hun har bygget opp tillitt til og som hun føler tar hennes bekymringer rundt smertene på alvor.

Mennesker kan også være i dialog med seg selv, en indre dialog. Slik kan tanker være gode støttespillere, men også nådeløse kritikere (Eide 2007). Ved kronisk sykdom er selvstøtte et viktig begrep. Dette handler om å gi seg selv omsorg og passe på seg selv slik en ville ha passet på andre mennesker en er glad i. Når det å leve med kronisk sykdom blir et uoverskuelig problem er det ofte personens evne til selvstøtte som mangler, noe som er tilfelle for mange med kroniske sykdommer (Fjerstad 2010). En viktig forutsetning for å ivareta helsen og la sykdommen komme i bakgrunnen er å ha en god indre dialog, noe som vil si å

kunne snakke med seg selv på en konstruktiv og støttende måte. Dette innebærer å gi seg selv støttende kommentarer når en har det vanskelig, fremfor nedbrytende og destruktive beskjeder. Å ha en god og støttende dialog med seg selv gjør det lettere å håndtere utfordringer som kommer med sykdommen. Et godt mål for sykepleie ovenfor denne pasientgruppen kan derfor være at pasienten utvikler en god indre dialog. Dette betyr ikke at pasienten skal tvinge seg selv til å tenke positivt, men at en skal sette fokus på de tankene som påvirker han på en positiv måte. En samtale av terapeutisk verdi kjennetegnes ved at den bidrar til utvikling av støttende dialoger hos pasienten (Fjerstad 2010).

I forbindelse med kronisk sykdom er det å ha egenomsorg, både i konkret handling og i den indre dialogen, en viktig beskyttelsesfaktor mot sykdom (Fjerstad 2010). Den enkelte må lære seg å leve med de faktorene som oppfattes som belastende for å kunne ha et godt liv til tross for sykdommen. Når pasienten selv ikke er i stand til å identifisere disse faktorene kan sykepleieren bidra til dette på flere måter. For eksempel gjennom å forhindre situasjoner som en kan forutse vil påføre pasienten ekstra stress, redusere virkningene av de belastningene pasienten allerede har, ved å tilføre nye og alternative strategier for mestring gjennom veiledning, eller ved å støtte pasienten når de anvender hensiktsmessige mestringsstrategier (Hanssen og Natvig 2007). Ved kroniske sykdommer er målet både å behandle sykdommen og å styrke pasienten til å leve best mulig med den. Det krever at pasienten selv er engasjert og aktiv i behandlingen (Fjerstad 2010). Pasienten spiller en nøkkelrolle i sin egen smertebehandling og skal derfor bli inkludert i avgjørelser rundt sin egen behandling (Tveiten & Knutsen 2010). Sykepleieren må være oppmerksom på sin rolle som veileder og la pasienten selv oppdage hva som er riktig i sitt tilfelle (Tveiten 2008). Dette innebærer en utradisjonell rolle for helsepersonell og er avhengig av en bevissthet rundt hvordan en gjennom sin holdning bidrar til å styrke eller svekke pasientens forutsetninger for å være en aktiv bidragsyter (Fjerstad 2010). Sykepleierens veiledning som hjelpemetode tilrettelegger for at pasienten kan være delaktig og medvirkende i sin behandling og bidrar til å øke pasientens kompetanse (Tveiten 2008). Dette er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) som sier at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten, der det legges stor vekt på hva pasienten mener ved utforming av tjenestetilbudet. En større bevissthet rundt det som påvirker pasientens egen helse kan bidra til en viss kontroll og en mulig strategi for å håndtere smertene. Dette kan styrke pasienten i å ivareta omsorgen for seg selv (Tveiten 2008).

Helsepersonell må inkludere pasientene og ruste de opp til å ta sin del av ansvaret i behandlingen. Sykepleieren skal ikke bare gi omsorg til pasienten, men gjøre det på en måte som styrker pasientens evne til egenomsorg (Fjerstad 2010). Grunnlaget for alt helsearbeid er å møte pasienten med respekt og få en forståelse av deres behov sett fra deres perspektiv (Skuladottir & Halldorsdottir 2010). Selv om det er sykepleieren som besitter fagkunnskapen, er det pasienten som er ekspert på seg selv og sin smerte. Det kan være en utfordring å respektere hverandres kompetanse og la begge forståelsene prege samtalen, men en utveksling av sykepleiers og pasientens kunnskap er grunnleggende for å øke pasientens egenomsorg og fremme helse (Tveiten & Knutsen 2010).

8.0 Konklusjon

Min hensikt med denne oppgaven var å finne svar på hvordan sykepleier kan fremme helse hos pasienter med kroniske smerter, slik at pasienten kan leve bedre med smertene sine. I problemstillingen tok jeg utgangspunkt i sykepleiers kartlegging av kroniske smerter og hvordan denne kan bidra til å fremme helse hos pasienten.

Kartlegging av kroniske smerter kan være et godt redskap for sykepleieren for å få kunnskap om hvilke behov pasienten har for sykepleie. Ved kronisk sykdom er det imidlertid mange aspekter i pasientens liv som kan påvirke hvordan pasienten lever med smertene. For å få innblikk i hvordan smerten påvirker pasientens liv er det derfor nødvendig å inkludere både fysiske, psykiske og sosiale aspekter i smertekartleggingen. Et godt utgangspunkt for sykepleieren er å skape en felles forståelse mellom seg og pasienten. Å ta utgangspunkt i pasientens forståelsesverden, er essensielt for å nå fram med støtte, råd og veiledning. Dette krever en god kommunikasjon, samt tillitt og tiltro mellom de to partene. Tilrettelegging av en god omsorg for mennesker med kroniske smerter krever kunnskap og kompetanse av sykepleieren og ledelsen på avdelingen. Det krever også at det avsettes tid til å samtale med pasienten, og til å lytte. For å fremme helse er det viktig å kartlegge de faktorene som beskytter mot sykdom, og som bidrar til å holde pasienten frisk. Ved at sykepleieren støtter og veileder pasienten til selv å finne sine ressurser kan hun bidra til å styrke pasientens evne til egenomsorg og til å bli en aktiv bidragsyter i sin egen helse. Slik kan sykepleieren fremme helse hos pasienten og pasienten står sterkere rustet til å møte utfordringer og til å leve et så godt liv som mulig til tross for sine smerter.

Litteraturliste

- Aadland, E (2004) «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: universitetsforlaget.
- Berntzen, H. Danielsen, A. & Almås, H (2010) Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.
- Breivik, H. Borchgrevink, P.C. Allen, S. M. Rosseland, L. A. Romundstad, L. Breivik Hals, E. K. Kvarstein G. & Stubhaug, A (2008) *Assessment of pain*. British Journal of Anaesthesia 2008 101 (1): 17-24. Hentet fra:
<http://bj.a.oxfordjournals.org/content/101/1/17.full> [28.02.2013]
- Cavanagh, S. J (1999) *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, H (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: T. Rustøen, & A. K. Wahl (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G (2009) *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Fjerstad, E (2010) *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal.

- Fors, E. A (2012) *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fredheim, O. M. S. Borchgrevink, P. C, Landmark, T. Schjødt, B. & Breivik, H (2008) *Et nytt skjema for kartlegging av smerter*. Tidsskrift for den norske legeforening nr. 18. 128: 2082-2084 Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1737067> [11.03.13]
- Hanssen, T. A. & Natvig, G. K (2007) Stress og mestring. I: E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (red). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen
- Kristoffersen, N. J (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie* Oslo: Gyldendal
- Ljoså, T. M. & Rustøen, T (2007) Kronisk smerte. I: E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (red). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen.
- Nortvedt, F. & Rustøen, T (2008) Kronisk smerte. I: T. Rustøen, & A. W. Klopstad (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Av 2 juli 1999 nr 63. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> [23.04.13]
- Reiersdal, O. Helland, E. & Breland, H (2007) *Sykepleiere bruker ikke smerteskala*. Sykepleien 2007 95(7):50-52. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117887/sykepleiere-bruker-ikke-smerteskala> [07.03.13]

Rustøen, T (2007) Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal, & B.R. Hanestad (red).
Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Oslo: Cappelen.

Skuladottir, H. & Halldorsdottir, S (2010) *The quest for well-being: Self-identified needs of women in chronic pain.* *Scandinavian journal of caring sciences* 2011 (25); 81-91.

Hentet fra:

<http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00793.x/full> [05.03.2013]

Stubhaug, A. & Ljoså, T. M (2008) Hva er smerte? I: T. Rustøen, & A.K. Wahl (red).
Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal.

Torvik, K. Skauge, M. & Rustøen, T (2008) Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: T. Rustøen, & A.K. Wahl (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet.* Oslo: Gyldendal

Tveiten, S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, S. & Knutsen, I. R (2010) *Empowering dialogues – the patients' perspective.*

Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011 (25): 333-340. Hentet fra:

<http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x/full> [05.03.2013]

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R (2007) Livskvalitet. I: E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (red).
Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Oslo: Cappelen.

Selvvalgt pensum:

Antall sider i selvvalgt pensum: 358

Breivik, H. Borchgrevink, P.C. Allen, S. M. Rosseland, L. A. Romundstad, L. Breivik Hals,

E. K. Kvarstein, G. & Stubhaug, A (2008) *Assessment of pain*. British Journal of Anaesthesia 2008 101 (1): 17-24. Hentet fra:

<http://bjaoxfordjournals.org/content/101/1/17.full> [28.02.2013]

(sider: 6)

Cavanagh, S (1999) *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

(side 15-48 & 139-155, 51 sider)

Eide, H (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: T. Rustøen, & A. K. Wahl (red).

Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal.

(Side 354-369, 16 sider)

Eide, H. & Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*.

Oslo: Gyldendal.

(side 31-62, 32 sider)

Fjerstad, E (2010) *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo:

Gyldendal.

(Side 25-45, 46-82, 85-99, 130-149, 209-236 & 256-270, 136 sider)

Fors, E. A (2012) *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget.

(Side 63-107, 45 sider)

Fredheim, O. M. S. Borchgrevink, P. C. Landmark, T. Schjødt, B. & Breivik, H (2008) *Et nytt skjema for kartlegging av smerter*. Tidsskrift for den norske legeforening nr 18. 128: 2082-2084 Hentet fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1737067> [11.03.13]

(Sider:3)

Nortvedt, F. & Rustøen, T (2008) Kronisk smerte. I: T. Rustøen, & A. K. Wahl (red).

Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal

(side 140-149, 10 sider)

Reiersdal, O. Helland, E. & Breland, H (2007) *Sykepleiere bruker ikke smerteskala*.

Sykepleien 2007 95(7):50-52. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117887/sykepleiere-bruker-ikke-smerteskala> [07.03.13]

(sider:3)

Skuladottir, H. & Halldorsdottir, S (2010) *The quest for well-being: Self-identified needs of women in chronic pain*. Scandinavian journal of caring sciences 2011 (25); 81-91.

Hentet fra:

<http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00793.x/full> [05.03.2013]

(sider: 9)

Stubhaug, A. & Ljoså, T. M (2008) Hva er smerte? I: T. Rustøen, & A. K. Wahl (red).

Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal.

(side 22-46, 25 sider)

Torvik, K. Skauge, M. & Rustøen, T (2008) Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: T. Rustøen, & A. K. Wahl (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvslitet*. Oslo: Gyldendal.
(side 51-66, 16 sider)

Tveiten, S. & Knutsen, I. R (2010) *Empowering dialogues – the patients' perspective*.
Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011 (25): 333-340. Hentet fra:
<http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x/full> [05.03.2013]
(Sider: 6)

Vedlegg

Vedlegg 1. Liste over databaser og søkeord

dato	Database	Søkeord	Antall treff	Antall relevante treff	Aktuelle artikler
28/2/13	Pubmed	Nurse AND promote health AND chronic pain	4	3	
28/2/13		Nurse AND helathpromoting AND chronic pain	2	1	
28/2/13		Pain management nursing AND chronic pain	47	39	
1/3/13		Chronic pain assessment and dementia	13	11	Assessment of pain
1/3/13		Assessing and chronic pain and nursing home	1	1	
28/2/13	Swemed	Nurse AND chronic pain AND pain assessment	8	1	
28/2/13		Sykepleie AND helse AND kronisk smerte	1	1	
28/2/13		Kartlegging av smerter	1	1	
1/3/13		Chronic pain AND nurse-patient relation	22	8	
5/3/13	Journal of advanced nursing	Chronic pain AND nure-patient relation AND communication AND emotional support	76	0	
		Chronic illness AND nurse-patient relation AND pain assessment AND communication AND emotional	46	0	

		support			
		Health AND illness AND perception AND pain AND communication	740	0	
		Health and illness and perception and life quality and nurse-patient relation and pain assessment and communication and emotional support	73	0	
5/3/13	Scandinavian journal of caring sciences	Chronic pain AND nurse AND pain assessment AND quality of life AND	152	5	The quest of well-being: Self-identified needs of women in chronic pain. Empowering dialogues. The patients perspective.
6/3/13	Sykepleien	Smertekartlegging	5	5	
		Kartlegging av smerter	28	18	