



Line Nortvedt, stipendiat, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Anne-Grete Wiborg, fag- og systemansvarlig sykepleier, Sunnaas sykehus.

Inger-Johanne Nitteberg, høyskolelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Grace Inga Romsland, fagsjef i sykepleie, Sunnaas sykehus og førsteamanuensis, HiOA.

Kartlegging av smerte ga økt refleksjon

Bruk av kartleggingsinstrument førte til at sykepleierne reflekterte mer over pasientenes opplevelse av smerte.

Sunnaas sykehus HF og Høgskolen i Oslo og Akershus har gjennomført et samarbeidsprosjekt basert på praksisveiledningsmidler, der temaet var smertekartlegging ved rehabiliteringssykehuset. Vi ønsket å undersøke om bruk av kartleggingsinstrumentet Numeric Rating Scale (NRS) bidro til at sykepleiere og sykepleierstudenter ved en av seksjonene ved sykehuset reflekterte mer over smertehåndtering.

Kroniske smerter

En viktig del av arbeidet ved den valgte seksjonen ved Sunnaas sykehus HF er vurdering og rehabilitering av pasienter med langvarige nevrologiske tilstander. En stor andel av disse sliter med kronisk smerteproblematikk. Kroniske smerter kan bli ødeleggende og gi livsvære problemer ved at smerte blir en konstant

tilstand (2). Vi har benyttet McCaffery og Beebe sin definisjon av smerte: «Det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (3). Det profesjonelle ansvaret begynner i møtet med smertepasienten, hvor man skal kartlegge pasientens smerteopplevelse for å kunne iverksette adekvate og korrekte tiltak. Helsepersonell må skaffe seg den informasjonen som er nødvendig for å kunne yte adekvat omsorg for sine pasienter. Dette innebærer blant annet å være lydhør for den andres bønn om lindring (2). Helsepersonell og pasienten selv vurderer pasientens smerte ulikt, noe som understreker betydningen av å basere smertekartlegging på pasientens selvrappotering (1). I en undersøkelse blant 46 intensivsykepleiere oppga imidlertid kun 10 prosent at de «som oftest» brukte VAS (Visual Analogue Scale) for å sjekke effekten av smertebehandling. Bruk av VAS er i tråd med anbefalte retningslinjer for smertebehandling, men svært mange i nevnte undersøkelse oppga «ikke rutine på avdelingen» som årsak til at sykepleierne ikke brukte smerteskår (4). Heller ikke ved vår seksjon har bruk av smerteskår vært en rutine for sykepleierne vurdering av pasientens smerteopplevelse. Gjennom å prøve ut NRS i en halvtårsperiode ville vi derfor teste ut om det kunne være en aktuell rutine å innføre i klinikken.

Optimal smertebehandling

Intensjonen med fagutviklingsprosjektet var å bruke NRS underveis i sykepleiesamtaler og som grunnlag for tiltak i behandlingsplanene

under oppholdet. Hovedhensikten med studien var at sykepleiere og sykepleierstudenter ved seksjonen skulle reflektere over sin praksis, slik at den enkelte pasient skulle få en mer optimal smertebehandling. Studiens problemstilling var: «Hvordan kan bruk av NRS bidra til at sykepleiere fokuserer på pasientens smerte?»

Intervjuer

Vi benyttet beskrivende design med kvalitativ tilnærming og samlet inn data via fokusgruppeintervju. Det var viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet, og vi oppmunnet informantene til å uttrykke både personlige og motstridende synspunkter (5). Utvalget besto av åtte sykepleiere med erfaring i å bruke smertekartleggingsverktøyet. De var i alderen 35–57 år og hadde gjennomsnittlig 24 års erfaring som sykepleier. To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med fire sykepleiere i hver gruppe. Mange av funnene i de to gruppene var sammenfallende. Intervjuene ble gjennomført på et møterom utenfor avdelingen og hadde cirka en times varighet. Intervjuene ble ledet av en moderator som tok utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert ordrett. Data ble analysert ved hjelp av hermeneutisk meningsfortolkning (5).

Etikk

Seksjonsledelsen ved helseforetaket ga samtykke til gjennomføring av studien, og den ble godkjent av personvernombudet for forskning ved Oslo universitetssykehus. Informantene fikk

Hovedbudskap

Smertekartleggingsinstrumenter hører hjemme på en rehabiliteringsavdeling. Ved at sykepleierne blant annet bruker Numeric Rating Scale kan pasientene oppleve at de blir møtt og forstått. Sykepleierne får økt innsikt i og oversikt over de kroniske smertenes variasjoner og hvordan de kan lindres og mestres.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Smerte › Rehabilitering › Kartlegging



OPPLÆRINGSBEHOV: Sykepleierne fokuserte mer på pasientens smerte ved smertekartlegging, men ble også oppmerksomme på eget behov for økt kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy og smertevurdering. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

mundlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg ut. Alle sykepleierne signerte en samtykkeerklæring.

Kunnskap og bevisstgjøring

Sykepleierne erkjente behovet for økt kunnskap om smertekartlegging, smertefysiologi, smertehåndtering og smerte som fenomen. Samtidig demonstrerte de innsikt i og kjennskap til smertevurdering og smertemestring hos pasienter med kroniske smerter, og var relativt samstemte i en smertedefinisjon som lød slik: «Basis er at smerten er det pasienten sier at det er, sånn han har det.»

Sykepleierne var imidlertid opptatt av å diskutere ulike former for smerteuttrykk, og engasjerte seg i dilemmaer knyttet til å plassere smerte på en skala. Det som særlig ble drøftet var avkrysning for «verst tenkelig smerte». Sykepleierne var opptatt av hvordan det er mulig for pasienter å fungere gjennom en dag fysisk, kognitivt og sosialt når de opplever «verst tenkelig smerte». En

sykepleier ga uttrykk for at hvis en person skårer 10 på skalaen, er smertene absolutt uutholdelige og personen ville stå i fare for å være suicidal. Det ble også påpekt at noen pasienter kanskje skårer høyt på skalaen for å bli trodd, samtidig som man må respektere pasientenes opplevelser.

Psykisk smerte

Sykepleierne var spesielt opptatt av den psykiske smerten som ofte kommer til uttrykk under rehabiliteringsoppholdene. En sykepleier uttrykte det slik: «Og så kan man ha forferdelig mye i den ryggsekken sin, traumatisk barndom, du kan ha et havarert ekteskap, du kan kanskje ha oppsigelse på jobben. Det er steiner i ryggsekken din som gjør at du ikke orker å bære mer.»

Sykepleierne beskrev videre hvordan funksjonstap, det å ikke lenger kunne ha omsorg for egne barn, tap av nære venner samt andre former for psykiske belastninger og stress kunne sette seg i kroppen til pasientene. De hevdet dessuten at psykisk, sosial og fysisk smerte henger sammen og forsterker hverandre.

Smertemestring

Sykepleierne var opptatt av å tilby pasientene ulike former for smertelindrende tiltak, og formidlet kunnskap om hvordan de kunne bidra til smertemestring. En av dem hevdet at forutsetning

«Basis er at smerten er det pasienten sier at det er, sånn han har det.»

gen for en god dialog med den smerterammede er å tro på, lytte til og skape en allianse med pasienten. Dessuten ble pasienters økte innsikt i fysisk aktivitet som bidrag til både smertelindring, styrket mestringsopplevelse og motivasjon til å trene hjemme nevnt. Informantene la også vekt på å bistå pasienten i å finne språklige uttrykk for smerten, veilede i avspenningsteknikker og tilby samtaler. Det ble gitt eksempler på såkalte rastløse pasienter som brukte aktivitet som en avledning fra smerten. Samtidig ble det



satt et spesielt fokus på poliopasienter, fordi de ofte skårer lavt på NRS til tross for sterke smerter. En sykepleier påpekte at traumatiske barndomsopplevelser kombinert med et stort treningsfokus på tross av intense smerter, kunne bidra til at pasienter utviklet en fighter-mentalitet og derav evnet å mestre kroniske smerter.

Pasientens behov

Det ble påpekt at smertekartleggingsinstrumentet kunne være en innfallsport til blant annet veiledningssamtaler med sykepleier: «Det er så vanskelig å plassere livet sitt, hele tilværelsen sin, inn i tre linjer med ett kryss, for det er så mange ting,

«Det får meg til å tenke på om smerten er fysisk eller stressrelatert.»

og noen pasienter har spurt: Hvilken smerte er du ute etter? Hvem av dem? Og da har det og vært situasjoner der jeg har sagt: Jammen da snakker vi om det!».

Så selv om pasienten gir uttrykk for at det er vanskelig å plassere ulike former for smerte inn i et skjema, kan det gi utgangspunkt for samtale om det som er viktig for pasienten. Dessuten pekte de på at når pasienten graderte smertene sine på ulike tider av døgnet, ble det enklere å se pasientens behov og hvilke tiltak man burde iverksette.

Flere av sykepleierne problematiserte det å ha et for stort fokus på smerte, når en kanskje heller burde legge vekt på funksjon, aktivitet og hva som kan gi energi og påfyll. En av sykepleierne mente:

«Jeg spør jo like mye om hva gjør du når du har det fint? Hva gleder du deg til? Går det an å ha et skjema som stiller spørsmålene om hva som gir energi? På en måte prøve på å lete etter hvordan

man lærer seg å leve med smertene.»

Andre sykepleiere formidlet at det kunne være bevisstgjørende hvis sykepleier og pasient snakket om pasientutsagn på skjemaet som: «har mindre smerte» eller «har gått en tur». Slik kunne man styrke pasientens mestringsopplevelse samt bidra til smertelindring på en effektiv måte.

Betydning i klinikken

Informantene ga uttrykk for at dersom pasientene kun krysser av på NRS, uten å skrive noe i kommentarfeltet, gir det liten innsikt og bevisstgjøring både for pasient og sykepleier. En sykepleier framhevet at skjemaet bevisstgjorde både henne selv og pasienter om sammenhengen mellom smerter, fysisk aktivitet og smertelindring. Hun sa blant annet:

«Og en som fortalte meg senest i dag, sa at det får meg til å tenke på om smerten er fysisk eller stressrelatert, og lære seg å skille dette».

NRS ga dessuten adekvat informasjon når sykepleier var usikker på om pasienten var riktig medisineret. Instrumentet ble av noen ansett som spesielt nyttig dersom skjemaet ble benyttet minimum tre ganger i løpet av et opphold, slik at man kunne samtale med pasienten om smerteintensitet over tid:

«Hvordan kan du leve med den nier'n? Det er noe om det er 9 eller 6 for meg eller 3. Det sier meg på en måte ikke noe. Det blir mer spennende å ha en samtale med en type mestring om smerten, hvor du litt over tid kan jobbe med hvordan jeg kan jobbe med den nier'n jeg har». (B)

En sykepleier uttrykte at hun ikke forsto nytten av skjemaet, særlig fordi hun undret seg over hva man skulle måle i forhold til, og hvordan det i tilfelle kunne hjelpe pasienten. Noen sykepleiere foreslo for øvrig at det kunne vært nyttig å måle sammenhengen mellom aktivitet, funksjon og smerte.

Tas på alvor

Et tema som ble belyst i begge gruppeintervjuene var å ta pasientens smerte på alvor, både ved bruk av kartleggingsinstrument og uavhengig av det. En av sykepleierne mente at skjemaet bidro til at pasientene opplevde seg mer ivaretatt. Pasienten selv må definere sin smerte på NRS, og skalaen er individuell for den enkelte. Samtidig antydte sykepleierne at det ikke alltid er helt enkelt å tro på pasientenes skåring. På den annen side kom det frem at høye skår på skalaen ga utgangspunkt for å samtale om hvilken form for smerte pasienten slet med, og hvilke tiltak som ville lindre pasientens smerte også etter utskrivelsen.

Videre ble det pekt på at observasjoner og registreringer gjort via NRS bare i noen grad ble brukt i tverrfaglige møter, men at dette bidro positivt til samarbeid med andre yrkesgrupper samt at sykepleierrollen ble tydeliggjort. Samarbeid med pårørende ble i liten grad tematisert. Det kunne virke som om sykepleierne oftest diskuterte resultater fra smertekartleggingsverktøyet innad i sin egen yrkesgruppe, og at dette var fruktbart for å kunne komme frem til best mulig og effektiv smertelindring for deres pasienter.

Diskusjon

Funnene i studien viser at sykepleierne er opptatt av smertelindring og smertemestring. Samtidig ser vi at styrket innsikt i ulike former for smertekartlegging kunne vært fruktbart. Når det gjelder kompetanse om smertehåndtering, viser en litteraturstudie at systematisk kartlegging av smerter hos personer med demens øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen (6). Videre avdekker forskning at sykepleiere som fikk undervisning om bruk av smertekartleggingsverktøy ble mer positive til å bruke slike instrumenter (7).

Sykepleierne i vår studie viste til at en konsekvens av smertekartlegging var at pasienten opplevde å bli møtt og tatt på alvor. Flere av pasientgruppene ved rehabiliteringsavdelingen sliter med diffuse, kroniske smertetilstander. Sykepleiernes utfordring blir i denne sammenheng å bistå pasientene i å sette ord på smerteopplevelsen, blant annet via NRS. Å bli lyttet til og trodd er en viktig pilar i lindring av kroniske smerter (1). Dette er i tråd med en forskningsstudie som viste at smertekartleggingsredskap ga bedre forståelse for hvordan pasientene følte seg, og det hjalp pasientene å uttrykke sine behov mer presist (7). En rød tråd i studiens funn var nettopp dialog med pasientene, hvor kartleggingsinstrumentet bidro til å fokusere på smerteintensitet og døgnvariasjoner samt mestring og lindrende tiltak.

Dilemma

Sykepleierne beskrev det å ha tillit til pasientens smerteuttrykk som et dilemma. De diskuterte hvordan man kan tro på det pasienten sier eller skårer når pasienten ikke viser ytre tegn til smerte. Samtidig var sykepleierne i studien inne på at andre pasienter som man antok hadde store smerter «bet tennene sammen» og levde som om de ikke hadde smerter. Dette funnet samsvarer med to studier som påpeker at pasientene ikke alltid forstår hvordan de skal bruke NRS (7, 8). Det påpekes videre at pasienter trenger undervis-

Numeric Rating Scale

Kartleggingsinstrumentet Numeric Rating Scale (NRS) er en tallskala som går fra 0 til 10, hvor null (0) representerer «ingen smerter», mens 10 representerer «verst tenkelig smerte» (1). I denne undersøkelsen ble smertekartleggingsverktøyet modifisert ved å føre opp tre klokkeslett (08, 14–16 og 21–22) i tillegg til spørsmålet «Hva tror du har påvirket smerten din positivt/negativt på dette tidspunktet?».

Det er mange fordeler ved å være sykepleier



ning om bruk av NRS, at pasienter med sterke smerter ikke nødvendigvis vil vise tydelig tegn på smerte (8) og at smertekartleggingsinstrumenter kan gi sykepleiere en bedre forståelse av hvordan pasientene føler seg (7).

Vi har prøvd ut NRS på en rehabiliteringsavdeling hvor målet var å få et bilde av pasientens egen rapportering om smerteintensitet. Samtidig ser vi at ved vurdering av kroniske smerter innvirkning på fysiske, emosjonelle og sosiale funksjoner kreves det flerdimensjonale kvalitative redskap (9). NRS gir imidlertid et raskt bilde av pasientens smertetilstand, er utgangspunkt for samtale og kan være et tilskudd til den tverrfaglige kartleggingen. Flerdimensjonale smertekartleggingsinstrumenter, kroppskart og smertedagbok (1) ble allerede benyttet av det tverrfaglige teamet ved seksjonen. I vårt kartleggingsinstrument ble elementer av dette inkludert, hvor smerteintensitet er ivaretatt av NRS, og at spørsmålet «Hva tror du har påvirket smerten din positivt/negativt på dette tidspunktet?», henviser til forverring, forbedring og mestring.

Konklusjon

Studien viser at ved utprøving og bruk av NRS blir sykepleierne mer fokuserte på pasientens smerte. Samtidig ble det avdekket behov for økt kompetanse i smertevurdering og kartlegging. Videre konkluderte vi med at bruk av NRS fikk konsekvenser for planlegging og utøvelse av sykepleie, hvor pasientsamtaler utpekte seg som det mest sentrale. Observasjoner med utgangspunkt i NRS så i begrenset grad ut til å bli videreformidlet til det tverrfaglige teamet. Det er en utfordring sykepleierne må finne løsninger på. ■■■

LITTERATUR

1. Rustøen T, Wahl AK. Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. 384 s. p.
2. Nortvedt F, Nortvedt P. Smerte: fenomen og forståelse. Oslo: Pensumtjeneste; 2007. 156 s. p.
3. McCaffery M, Beebe A. Smerter: lærebok for helsepersonell. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1996. 302 s. p.
4. Reiersdal O, Helland ES, Breland HP. Sykepleiere bruker ikke smerteskala. Tidsskriftet Sykepleien. 2007;7:50-2.
5. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. p.
6. Galek J, Gjertsen M. Personer med demens får bedre smertebehandling. Sykepleien. 2011;99 (13): 62-4.
7. Layman Young J, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. Journal of Advanced Nursing. 2006;53(4): 412-21.
8. Leegaard M, Husby Y, Berge A, Rustøen T. Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter å håndtere smerter etter hjertekirurgi? Sykepleien Forskning. 2011;03:254-61.
9. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):17-24. ePub 2008/05/20.

Norsk Sykepleieforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- * 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- * 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- * Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- * Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- * Valgfri PIN-kode

Søk om kort på:

www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %. Kredittkostnad kr 1.947.