



Bacheloroppgave

SY 300215 Bacheloroppgave i sykepleie

En litteraturstudie om postoperativ smertebehandling, fra et sykepleieperspektiv

A litteraturereview about postoperative pain treatment, from a nursing perspective

Kandidatnumre: 10003 og 10021

Totalt antall ord: 8357

Antall sider inkludert forsiden: 57

Hovedveileder: Rigmor Hammer

Innlevert Ålesund, 21.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven</u> §§4-7 og 4-8 og <u>Forskrift om eksamen</u> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Evl. §13](#))

Dato: 21.05.2017

*«Pain is whatever the experiencing person says it is, existing
whenever he says it does»*

- McCaffery

Sammendrag

Bakgrunn: 30-50% av pasientene opplever uakseptable smerter i den postoperative fasen. Ubehandlet postoperativ smerte kan føre til flere negative konsekvenser og redusere livskvalitet. Sykepleieren spiller en viktig rolle i postoperativ smertebehandling da hun er den som er nærmest pasienten.

Hensikt: Å belyse hvilke kunnskaper og holdninger sykepleiere trenger i deres arbeid med å behandle postoperative smerter hos voksne pasienter.

Metode: En systematisk litteraturstudie med åtte kvalitative forskningsartikler. Litteraturstudiet bygget på fag- og forskningsbasert kunnskap. Databasene som ble tatt i bruk i søkeprosessen var SveMed+ og Cinahl Complete. Analysen bygger på Evans analysemodell.

Resultat: Tre hovedkategorier framkom som omhandlet kunnskaper og holdninger til postoperativ smertebehandling: 1) Smertefysiologi 2) Organisatorisk kompetanse 3) Evaluering og administrering av smertestillende.

Konklusjon: Sykepleiere må etablere god relasjon med pasienten og anerkjenne ens smerter. Å tro på pasientens smerteopplevelse er essensielt. God organisering av avdeling er viktig for smertep praksis, og er først og fremst et systemansvar. Kunnskapsnivået må økes gjennom tverrfaglig samarbeid, etablering av gode rutiner samt kultur og gi rom for ny kunnskap.

Abstract

Background: 30-50% of patients experience unacceptable pain in the postoperative phase. Untreated postoperative pain can lead to several negative consequences and reduce quality of life. The nurse plays a key role in postoperative pain management as she is the one who is closest to the patient.

Aim: To give insight into the knowledge and attitudes nurses need in their efforts to treat adult patients postoperative pain.

Method: A systematic literature study with eight qualitative research articles. The literature study was based on academic and research-based knowledge. The databases that were used throughout the searching process were SveMed + and Cinahl Complete. The analysis is based on Evans analysis model.

Results: Three main categories emerged for the purpose of knowledge and attitudes towards postoperative pain management: 1) Pain physiology 2) Organizational competence 3) Evaluation and administration of pain relievers.

Conclusion: Nurses must establish a good relationship with the patient and recognize one's pain. Believing the patient's pain experience is essential. Good organization of the department is important for pain practice and is primarily a system responsibility. Knowledge levels need to be increased through interdisciplinary cooperation, establishing good routines and culture and providing room for new knowledge.

Innhold

1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens hensikt.....	8
1.3 Problemstilling	9
1.4 Begrepsavklaring.....	9
1.4.1 Kunnskap	9
1.4.2 Holdninger	9
1.4.3 Postoperativ smertebehandling	9
1.4.4 Postoperativ fase	9
1.5 Avgrensninger	9
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	9
2.0 Teoribakgrunn	11
2.1 Hva er smerte?.....	11
2.1.1 Smertefysiologi	11
2.1.2 Postoperativ smerte	12
2.3 Sykepleierens ansvar og rolle i postoperativ smertelindring.....	12
2.3.1 Organisatorisk kompetanse	12
2.4 Lovverk	13
2.5 Sykepleieteori.....	13
2.6 Kunnskap og holdninger	14
3.0 Metode	16
3.1 Datasamling.....	16
3.1.1 Søkestrategi og historikk.....	16
3.1.2 Inklusjonskriterier	18
3.1.3 Kvalitetsbedømming	18
3.1.4 Etisk vurdering.....	19
3.2 Analyse.....	19
4.0 Resultat	21
4.1 Kunnskap og holdninger om smerter	21
4.1.1 Smertefysiologi	22
4.2 Administrering og evaluering av smertestillende.....	22
4.3 Organisatoriske forhold.....	25
4.3.1 Tverrfaglig samarbeid i avdeling	25
5.0 Diskusjon	27
5.1 Metodediskusjon	27
5.2 Resultatdiskusjon.....	28
5.2.1 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere til postoperativ smerte?	28
5.2.2 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere til administrering og evaluering av smertestillende?.....	31
5.2.3 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleierne til organisatoriske forhold?.....	33
6.0 Konklusjon	35
Litteraturliste	36
Vedlegg 1: Litteraturmatriser	40
Vedlegg 2: Tabell for søkehistorikk	48
Vedlegg 3: Analyse av artikler	49
Vedlegg 4: Sammenligning av resultat	57

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smertebehandling har blitt betydelig forbedret de siste 20-30 årene, og det er gjort mye forskning på postoperativ smertebehandling. Til tross for dette er smerter er den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet, og at 30-50% av pasientene opplever uakseptable smerter i den postoperative fasen (Berntzen, m.fl., 2015). Dette er skremmende tall, som gjør at vi vil studere nærmere og se på årsaken. Det å lindre smerter har alltid vært en viktig sykepleieroppgave, man arbeider nær pasienten og har dermed en unik mulighet til å kartlegge pasientens smertetilstand, samt vurdere effekten av smertebehandlingen (Berntzen, m.fl., 2015). Sykepleiere opplever det å lindre smerte som en utfordring, det er derfor behov for å finne ut nærmere hvilke kunnskaper og holdninger sykepleierne har i forhold til smertebehandling.

Årsaken til at vi valgte å skrive om postoperativ smertebehandling er at vi anser det som et viktig tema å fordype oss i, og fordi konsekvensene av smerter for pasienter kan være så omfattende. Vi ønsker med oppgaven vår å øke bevisstheten rundt smertebehandling, og har etter mange søk i forskningsartikler, bestemt oss for å ha et sykepleieperspektiv. Temaet vi har valgt tror vi vil være til nytte for oss i fremtiden uansett hvilken avdeling vi vil komme til å jobbe på. Én av oss har mye erfaring som kirurgisk pasient, og vi tror dette vil komme til å forsterke oppgaven. Når vi var i kirurgisk praksis var vi begge på kirurgisk avdeling, på samme sykehus. Det gjorde at vi kunne reflektere med hverandre over hvordan sykepleierne på avdelingen forholdte seg til pasienters smerte, samarbeid med kirurger/leger og hva de gjorde for å lindre smerte. Vi fikk stor interesse for emnet, da vi så stor forskjell på de ulike sykepleiernes handlinger. Vi opplevde episoder der pasientene ble både over- og under medisinert med smertestillende. Vi mener at god smertelindring er viktig for pasientens velvære, integritet og rehabilitering etter et operativt inngrep.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å belyse hvilke kunnskaper og holdninger sykepleiere trenger i deres arbeid med å behandle postoperative smerter hos voksne pasienter.

1.3 Problemstilling

«Hvilke kunnskaper og holdninger har betydning for hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling?»

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Kunnskap

Kristoffersen (2015b) henviser til at kunnskap er *“Viten som kan forstås både som løsrevet fra personer og som en persons viten eller kompetanse”*.

1.4.2 Holdninger

Håkonsen (2014) definerer holdning som *“en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser”*.

1.4.3 Postoperativ smertebehandling

Smertebehandling i etterkant av et kirurgisk inngrep (Nakstad, 2014).

1.4.4 Postoperativ fase

Tiden rett etter det kirurgiske inngrepet og pasienten flyttes over i seng (Berntzen m.fl., 2015).

1.5 Avgrensninger

Vi har valgt å fokusere på sykepleiere som arbeider på kirurgiske sengeposter, hvordan de opplever den postoperative smertebehandlingen, og hvilke kunnskaper og holdninger de har som bidrar i behandlingen av postoperative smerter. Oppgaven er ikke avgrenset til en konkret type kirurgi, og omfatter derfor postoperativ smertebehandling etter flere forskjellige typer inngrep. Vi velger å ikke fordype oss i den medikamentelle smertelindringen, men vil nevne de grunnleggende kunnskapene som sykepleieren trenger.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygd opp med teoridel, metodedel, resultat, diskusjon og konklusjon.

Teorikapittelet tar for seg sykepleieteorien til Travelbee, kunnskap rundt postoperativ

smerte og sykepleiernes ansvar og rolle i forhold til dette. I metodekapittelet blir det gjort rede for innsamlet forskning, datainnsamling og analyse av det innsamlede materialet. Resultatkapittelet tar for seg utgangspunkt i analysen av artiklene, der det gjøres rede for sentrale funn som er gjort gjennom denne. Videre diskuterer vi resultatene sett i lys av teori kunnskap. Oppgaven avsluttes med en konklusjon av problemstillingen.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hva er smerte?

Berntzen m.fl. (2015) definerer smerte som *“En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”*. I følge International Association for the Study of Pain er smerte *“alltid subjektiv”*. Smerter er dermed lite tilgjengelig for andres kontroll, det er bare den som selv kjenner smerten som kan vite hvordan den føles, hvor intens den er og hvor lenge den varer. Smerte er en sammensatt opplevelse, og påvirkes av en rekke faktorer som enten kan forverre eller redusere smerteopplevelsen.

2.1.1 Smertefysiologi

Smertesansen er kroppens signal på vevsskadelig stimuli, som beskytter kroppen mot skader. Den akutte smerten varsler om truende vevsskade, og er en nødvendig beskyttelsesmekanisme for mennesker. Ved vedvarende smerter etter skade, eller ved bevegelse, er smerten med på å holde det skadde området i ro slik det tilheler.

Nervecellene som leder smertesignaler kalles nociseptorer, og har frie nerveender som reagerer på vevsskadelig stimuli. A-delta-nociseptorer er tynne myeliniserte nervefibre som fører til at man opplever skarp og rask smerte. C-nociseptorene er umyeliniserte nervefibre som gjør at man opplever langsam, diffus, verkende og brennende smerte (Stubhaug og Ljoså, 2008). Nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner. Smerte oppstår nødvendigvis ikke bare ved direkte vevsskade, men så lenge en opplever at nocisepsjon er tilstede. Ved nocisepsjon blir signaler ført fra skadet vev til hjernen. Ionekanaler åpner seg og starter elektrisk impuls som går langs perifere nerver, helt til ryggmargens bakhorn (Stubhaug og Ljoså, 2008).

Ryggmargens bakhorn spiller en viktig rolle som koblingsstasjon for smerteimpulser. Her skjer signaloverføringen fra den perifere nociseptoren til neste nervefiber i kjeden, som så sender videre til hjernen via hjernestamme og thalamus (Stubhaug og Ljoså, 2008). Det er først når de nociseptive signalene når hjernen at de kan bli tolket som smerte (Berntzen, m.fl., 2015). Signalene til den sensoriske hjernebarken gjør at vi kan lokalisere smertene. Smerteopplevelsen avgjøres blant annet av hvilken sinnstemning vi er i når nocisepsjon

foregår. Den subjektive opplevelsen av smerte er derfor et resultat av sensoriske og emosjonelle komponenter. I følge Berntzen m.fl. (2015) kan langvarig nocisepsjon føre til økt sensitivering, som igjen kan føre til fremtidige smerter av mindre eller ingen simulering. Nociseptorene har derfor hukommelse, noe som belyser viktigheten av smertelindring.

2.1.2 Postoperativ smerte

Wøien og Strand (2008) sier noe om at postoperativ smerte kan inndeles i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerte er den konstante smerten som fører til vevs- og nerveskade som oppstår etter all type kirurgi. Gjennombruddssmerter er smerter som følge av smertetopper ved blant annet mobilisering og hosting. Denne typen smerter trenger som regel ekstra smertelindring utover basisbehandling. En viktig egenskap med postoperative smerter er at de er forventet, og at de kan forebygges.

2.3 Sykepleierens ansvar og rolle i postoperativ smertelindring

Sykepleierne har en viktig og stor rolle i helsevesenet. Berntzen m.fl. (2015) viser til at sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen og dermed også et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Sykepleieprosessen er en viktig del av den postoperative smertelindringen, og en kan ivareta pasientens behov på en forsvarlig og god måte.

Sykepleieprosessen omhandler hvordan en klinisk resonnerer seg frem til en problemløsning. Prosessen inneholder følgende trinn; datasamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering (Dahl og Skaug, 2011). Sykepleierens ansvar innen postoperativ smertebehandling omfatter dermed å foreta en datasamling, for så å observere, kartlegge og vurdere pasientens smerter. Deretter administrere medikament og eventuelle ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak, og til slutt evaluere tiltakene (Berntzen, m.fl., 2015).

2.3.1 Organisatorisk kompetanse

I følge Orvik (2015) er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap om organisatorisk kompetanse for å håndtere en kompleks klinisk hverdag. Helsepersonell opplever krav til effektivitet, og møter pasienter som er sykere en før. Orvik beskriver sykepleiere som

sengepostens lim, de bidrar til å holde sykehuset sammen som et komplekst system. Organisering av pasientarbeidet er et gjensidig og tverrprofesjonelt ansvar. Den doble kompetansen viser til at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikke er motsetninger, men derimot gjensidig avhengige og utfyllende. Behovet for organisatorisk kompetanse kan begrunnes i hvordan sykepleiere arbeider, og i hvordan kliniske virksomheter fungerer.

2.4 Lovverk

I følge Helsepersonelloven (1999, §4) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Forsvarlighet er et individuelt ansvar (profesjonsansvar) og et systemansvar. For at hver enkelt sykepleier skal opptre i henhold til forsvarlighetskravet må systemansvar til, som omhandler kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for å organisere den overordnede helsehjelpen (Orvik, 2015).

I lovverket står det fastslått at pasienter og brukere har rett på lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Loven skal fremme sosial trygghet og ivareta respekt for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

2.5 Sykepleieteori

Joyce Travelbee definerer i Kristoffersen (2015a) sykepleie som:

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.”

Travelbee beskriver et menneske til menneske-forhold, som er preget av tillit, empati og gjensidig forståelse. Hun understreker at det er det enkelte menneske som er mottaker av sykepleie, og tar sterk avstand fra generaliseringer som kan knyttes til pasientbegrepet. Det påpekes også i Travelbee sin sykepleieteori at det er langt viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av sykdom og lidelse, enn å forholde seg til en konkret diagnose.

Travelbee sier videre at *“Dersom sykepleieren mangler evnen til å “se” mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk”* (Kristoffersen, 2015). Om sykepleieren ser mennesket i pasienten, vil pasienten merke dette gjennom sykepleien, og relasjonen mellom dem utvikler seg. Omsorgen vil da ikke oppleves som upersonlig, men som trygg og nær.

Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Det som kan være en utfordring for sykepleier, er å vite hva som skiller denne pasienten fra tidligere pasienter. Det er også viktig at sykepleier ikke overfører sine egne behov til pasienten. En forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientenes behov, er å bli kjent med pasienten som person, og det å kunne identifisere hans særegne behov.

2.6 Kunnskap og holdninger

Sykepleie er i følge Kristoffersen (2015b) et profesjonsfag, hvor utdanningen består av ulike former for kunnskap; teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier (holdninger). Teoretisk kunnskap har i dag en større plass i utdanningen, enn holdninger og ferdigheter, noe som er forandret betraktelig siden 1980. I sykepleieyrket er en opptatt av at sykepleien skal baseres på ulike kunnskapsformer. Kunnskapsformene kommer frem under kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap, er kunnskap ved bruk av ulik forskning fremstilt i bøker, vitenskapelige rapporter og tidsskrifter. Erfaringsbasert kunnskap er praksis nær, og knyttet til konkrete situasjoner. Denne typen kunnskap erverver sykepleierne seg gjennom et yrkesaktivt liv. Til slutt har vi brukerkunnskap, som omfatter hensynet til pasientens ønsker og behov, og som representerer en kunnskapsressurs for tjenesteytere i vurdering av hvilken helsehjelp som skal gis. Dette er i samsvar med helselovgivningen (Pasientrettighetsloven og lov om helsepersonell), og med idealene til sykepleiefaget som uttrykkes i yrkesetiske retningslinjer om sykepleierens forhold til brukere av tjenestene (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Kompetanse er nært knyttet til kunnskapsutvikling, defineres som sikkerhet og dyktighet, som igjen er knyttet til enkeltpersoners kvalifikasjoner. En synliggjør sin kompetanse ved å nyttiggjøre og omsette kunnskap, ferdigheter og holdninger i arbeidet (Kristoffersen, 2015b). Holdninger kommer til uttrykk gjennom oppfatninger og meningsytringer, som

følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger. Holdninger er vurderende eller dømmende i positiv eller negativ retning. Dette innebærer at vi tar et standpunkt. Håkonsen (2014) forteller at holdninger er ikke noe som forandres på en enkel måte, men noe vi har med oss over tid. De er altså relativt varige. Å forandre holdningene vil derfor være tidkrevende og koste personen noe å gjennomføre. Holdninger henger sammen med våre verdier og inneholder tankemessige, følelsesmessige og atferdsmessige komponenter, som vil si det vi mener, tenker om emnet, hva slags følelser vi har og hvordan vi oppfører oss (Håkonsen, 2014).

Sykepleie utføres i basis med sykepleierens erfaring, som også bygger på et teoretisk kunnskapsgrunnlag (Kristoffersen, 2015b). Sykepleierens holdninger vil være vesentlig for utvikling av kunnskaper. Den kulturen sykepleieren lever i gir en bakgrunnsforståelse eller referanseramme, som alle nye erfaringer blir sett i lys og tolket ut i fra.

3.0 Metode

Etter skolens retningslinjer, har vi benyttet en systematisk litteraturstudie for å besvare vår problemstilling. Forsberg og Wengström (2016) definerer systematisk litteraturstudie som et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning.

3.1 Datasamling

Vi satte i gang med litteraturstudiet høsten 2017, det samme semesteret hvor vi hadde vår kirurgiske praksis på sykehuset. I løpet av praksisen bestemte oss for å skrive om postoperative smerter, da vi synes det var et veldig spennende tema å skrive om. Vi begynte å tenke på hvordan problemstillingen vår skulle lyde og om det var mye forskning å finne på dette temaet. Vi utarbeidet så en prosjektplan, som skulle være en veileder for oss. Vi har dog ikke fulgt prosjektplanen til punkt og prikke, fordi vi har måttet gjort noen endringer underveis for å styrke vår oppgave.

3.1.1 Søkestrategi og historikk

For å få et oversiktlig og effektivt søk i databasene valgte vi å søke med PICO-skjema, som i følge Forsberg og Wengström (2016) er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier ut i fra problemstillinger når en søker i databaser. Vi så ingen hensikt i å involvere C i PICO-skjemaet da det ikke ville samsvare med hva vi ønsket å få svar på i vår problemstilling. Det ble derfor til et PIO-skjema, som så slik ut:

PIO	Søkeord
Pasient <i>Pasientgruppe:</i> Pasienter med postoperative smerter	Post operative pain Postoperativ smerte
Intervensjon <i>Tiltak:</i> Smertelindring, sykepleie i forhold til dette	Nurse Healthcare professionals Sykepleier
Outcome <i>Resultat:</i> Kunnskap og holdninger til postoperativ smerte	Knowledge Attitude Kunnskap

Utvalget av databaser ble basert på både egen erfaring og skolens anbefalinger. Søket ble i hovedsak gjort ved å ta i bruk databasene SveMed+ og Cinahl Complete. Vi kombinerte flere søkeord i PIO-skjemaet. Se vedlegg 2 for nærmere forklaring på søk.

Søkehistorikk i Cinahl Complete

1. Vi tok i bruk søkeordet “Dihle (AU Author)” og fikk 10 treff. Med dette håndsøket inkluderte vi to artikler.
2. Videre søkte vi med søkeordene “Postoperative pain”, “Knowledge” og “Attitude”, for så å kombinere disse med AND og fikk opp 68 treff. Ved å avgrense søket til artikler fra ‘2010 og nyere’ ga det oss 37 treff. Etter å ha skimlet gjennom sistnevnte treff, valgte vi å lese fem artikler. Tre av disse hadde feil struktur og ble ekskludert. Vi inkluderte derfor kun to artikler.
3. Vi søkte så med søkeordene “Healthcare professionals”, “Postoperative pain” og “Attitude”, vi kombinerte disse med AND og fikk 33 treff. Ved å avgrense søket til artikler fra ‘2010 og nyere’ og ‘All adult’ ga det oss 11 treff. Vi leste alle artiklene, flere omhandlet feil tema og ble ekskludert. Én artikkel ble inkludert.
4. Søkeordene vi tok i bruk var “Nurse (search as keyword)”, “Postoperative pain” og “Knowledge”, de ble så kombinerte med AND som resulterte i 19 treff. Vi skimlet abstraktene på alle, og deretter inkluderte vi én artikkel.

Søkehistorikk i SveMed+

1. Vi søkte med “Postoperative smerter” og “Kunnskap” i kombinasjon med AND som ga to treff, vi avgrenset videre til artikler fra ‘2010 og nyere’ og fikk ett treff. Én artikkel ble inkludert.
2. Til slutt søkte vi med søkeordene “Postoperativ smerte” og “Sykepleier” i kombinasjon med AND som ga 15 treff. Vi skimlet gjennom alle artiklene og valgte fem som vi ønsket å se nærmere på. Til slutt ble én artikkel inkludert.

3.1.2 Inklusjonskriterier

- Voksne pasienter, ikke satt en øvre alder
- Nyere forskning etter 2010
- Alle typer kirurgiske inngrep
- Europa
- Fagfellevurdert
- Sykepleieperspektiv
- IMRaD-struktur

3.1.3 Kvalitetsbedømming

I vårt utvalg av artikler ønsket vi å inkludere de med IMRaD struktur, som i følge Dalland (2015) er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel. Som et ledd i kvalitetssikre vår oppgave har vi etter universitetets anbefalinger, valgt å kvalitetsbedømme våre valgte forskningsartikler, ved hjelp av NSD som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, og nivå 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje. Hvis det ikke forelå dokumentasjon på at foreslått kanal, om de redaksjonelle retningslinjene oppfylte kriteriene for vitenskapelige kanaler, ble det merket med “-” (NSD, 2018). Alle våre inkluderte forskningsartikler er på nivå 1 eller 2.

Vi har samtidig også forsikret oss om at artiklene er fagfellevurdert/Peer reviewed, som vil si at eksperter innenfor faget har kritisk vurderer bidraget før publikasjon (Svartdal, 2014). Videre har vi fulgt Forsberg og Wengström (2016) sine kriterier for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning, ved å bruke malene som er vedlagt i deres bok. Vi ønsket også å søke etter nyere forskning, men vi ønsket ikke forskning gjennomført før 2010, dette kan bekreftes av Forsberg og Wengström (2016) å være et kvalitetskriterium i bedømming av forskning.

3.1.4 Etisk vurdering

I forkant av en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjennomføres. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid vurderes mot kravet om å beskytte enkeltindivider som deltar i undersøkelsen. Før forskningen kan få sin start, skal det før hvert forskningsprosjekt søkes om etisk godkjenning ved lokalt eller regionalt etisk komite (Forsberg og Wengström, 2016). Alle forskningsartiklene våre som er inkludert, er som nevnt tidligere vurdert av etisk komité og publisert i tidsskrift med middels eller høyt kvalitetskrav.

3.2 Analyse

Analyse handler om å bryte ned strukturene for å lette bearbeidingen av innsamlet data, for deretter sette det sammen til en helhet (Forsberg og Wengström, 2016). Vi har valgt å bruke Evans analysemodell. Denne analysemodellen er delt opp i fire faser (Evans, 2002).

Fase 1: Evans (2002) viser til at denne fasen består av å inkludere studier ut fra studien sine kriterier, finne studier og identifisere studier som kan ha relevans for oppgaven. Som forklart i kapittel 3.1 har vi utført et systematisk litteratursøk og inkludert åtte forskningsartikler. Artiklene ble merket med nummer 1-8.

Fase 2: I den andre fasen skal en gå gjennom hver artikkel for å identifisere nøkkelfunn (Evans, 2002). Vi startet med å lese grundig gjennom artiklene hver for oss, og deretter lagde litteraturmatrise til hver artikkel (vedlegg 1). Med fokus på resultatdelen utarbeidet vi en tabell for hver enkel studie, med sentrale funn som vi kom frem til etter å ha lest over hver artikkel (vedlegg 3). For å gjøre dette på en oversiktlig måte, tok vi i bruk et kodesystem av farger. I starten tok vi i bruk mange farger, dette for å ikke utelukke noe.

Fase 3: I fase tre skal en vurdere studiene i forhold til hverandre. Her sammenligner en studiene, og sortere nøkkelfunnene for å se om de klassifiseres under samme tema (Evans, 2002). Her fant vi ut at to av nøkkelfunnene fra fase 2 kunne kategoriseres under samme tema. Vi valgte derfor å lage en ny tabell (vedlegg 4), med underkategorier. På den måten kunne vi lettere sammenligne de ulike studiene opp mot hverandre. Tabellen viser hvilke underkategorier som går igjen i de ulike artiklene.

Fase 4: I den siste fasen skal en skildre fenomenet (Evans, 2002). Dette skal gjøres ved å skildre de ulike funnene i forhold til de ulike kategoriene. Dette blir presentert i kapittel 4 om resultat fra litteraturstudien. Hovedfunnene vi kom frem til var:

- Kunnskap og holdninger til smerter
- Administrering og evaluering av smertestillende
- Organisatoriske forhold

4.0 Resultat

4.1 Kunnskap og holdninger om smerter

Flere av studiene viser til at sykepleierens holdning og kunnskaper er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring (Granheim, m.fl., 2015, Kiekkas, m.fl., 2015, Lien, m.fl., 2010 og Wikström, m.fl., 2016). Barrierer for effektiv smertebehandling kan ligge i oppfatninger og holdninger hos pasienter og sykepleiere (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012 og Wikström m.fl., 2016). Et av hovedfunnene som vi kom over var at det var et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger. Med det menes at de har ofte bedre kunnskaper teoretisk enn det de praktiserte overfor pasienter med smerter (Dihle, m.fl., 2006, Granheim, m.fl., 2011 og Leegaard, m.fl., 2011). Sykepleierne hadde gode kunnskaper om at det er pasienten selv som kjenner sin smerteopplevelse best, likevel var det få sykepleiere som tok hensyn til pasientens egen smertevurdering (Granheim, m.fl. 2015 og Kiekkas m.fl., 2015).

Holdninger rundt postoperative smerter kan ha sammenheng med personlige trekk, og dermed variere fra sykepleier til sykepleier. Det kan virke som de mindre empatiske sykepleierne velger kontorarbeid fremfor å være i kontakt med pasienten (Kiekkas, m.fl. 2015). Den generelle kunnskapen om smerter som sykepleiere har med seg fra bachelorutdanningen, gav liten faglig tyngde i møte med spesialiserte avdelinger (Lien, m.fl., 2010).

Forskning gjort av Dihle, m.fl. (2006) Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard (2012) og Leegaard, m.fl. (2011) viser til at pasienter har et stort behov for informasjon i forkant av kirurgiske inngrep og sykehusinnleggelse, og at dette kan forhindre bekymringer og fremme pasientmedvirkning. Pasienter har behov for å vite hvilke smerter de kan forvente seg, samt hvilke krav de har i forhold til smertebehandlingen. Dette vil spille en rolle i hvordan sykepleieren organiserer og prioriterer behandlingen. Om pasientene har relevant kunnskap om behandlingen eller ei, kan påvirke hvordan han bidrar i eget forløp.

“Men det er noen pasienter som har stor tro på at de skal være helt smertefrie. De tror de er informert om det. Men, det er ikke helt meningen (...). Det er vanskelig”

(Leegaard, m.fl., 2011).

I følge Dihle, m.fl. (2006) tok ikke sykepleierne kunnskapen om preoperativ informasjon videre i praksis, selv om de visste viktigheten av å gjøre det. Sykepleiere har i følge forskning gjort av Granheim, m.fl. (2015) og Rognstad, m.fl. (2012) en større tilbøyelighet til å gi smertelindring til pasienter som ber om smertestillende, enn til de som er fraværende i forhold til egenrapportering om smerter.

*“De sa jo det at det kommer til å gjøre vondt...OK, jeg spør etter mer smertestillende.”
(Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012).*

4.1.1 Smertefysiologi

I studiene Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard (2012) og Leegaard m.fl. (2011) fremkommer det at sykepleierne opplever pasientenes alder som en utfordring, og at de ønsker mer kunnskap om hvordan alder påvirkes av postoperative smerter. Noen konstaterte at yngre pasienter trenger mer smertelindring enn eldre (Leegaard, m.fl., 2011), dette på grunn av at den eldre generasjon er skeptiske og er tilbakeholdende til å rapportere smerter.

“Oppfatningene var at yngre pasienter tåler mindre smerte og oftere ber om mer smertestillende medisin enn eldre pasienter, og at de eldste pasientene uttrykker frykt for avhengighet og bivirkninger” (Leegaard, m.fl., 2011).

Mangel på kunnskap om smertefysiologi og behandlingsmuligheter har blitt tilskrevet utilstrekkelig opplæring under utdanningen (Kiekkas m.fl., 2015). I følge forskning gjennomført av Rognstad m.fl. (2012) var det gjort funn på at sykepleiere hadde lav kompetanse når det gjaldt nociceptive- og nevropatiske smerter.

4.2 Administrering og evaluering av smertestillende

Sykepleiere trenger mer kunnskap om medikamenter og virkningsmekanismer, de ønsker oppdatert kunnskap om hvordan ulike analgetika virker med basis i nyere forskning på området (Leegaard, m.fl., 2011, Granheim, m.fl., 2015, Dihle, m.fl., 2006 og Kiekkas m.fl., 2015). Sykepleiere gir under halvparten av ordinær dose ved postoperative smerter, og dette har sammenheng med deres kunnskaper og holdninger til medikamenthåndtering. Flere sykepleiere ga eksempelvis ikke Paracetamol, og ga ineffektive doser med smertelindring (Dihle, m.fl., 2006, Granheim, m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011, Lien,

m.fl., 2010 og Kiekkas, m.fl., 2015). Sykepleierne opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig handlingsrom til å administrere smertestillende medikamenter til pasientene, dette på grunn av kirurgene (Leegaard, m.fl. 2011).

Det kom frem at flere av sykepleierne var skeptiske til bruk av opioider i frykt for avhengighet og respirasjonsdepresjon, og man understreker at det fortsatt finnes myter og misoppfatninger om opioider (Granheim, m.fl., 2015, Kiekkas, m.fl., 2015, Lien, m.fl., 2010 og Wikström, m.fl., 2016).

“The nurses seldom gave peripheral analgesics, such as paracetamol, regularly (...) The patient did not want that kind of medication, because it was considered too weak (...) The nurse just accepted this without arguing or trying to explain why it was necessary, she left the decision to the patient saying ‘you decide’” (Dihle, m.fl., 2006).

Forskning gjort av Rognstad, m.fl. (2012) viser til at sykepleierne mente at pasientene på deres avdeling oppnådde god smertelindring ofte eller svært ofte, noe som er motstridende i forhold til det meste av forskning som er blitt gjort på dette feltet.

Flere av studiene våre belyste hvordan bruken av smerteskala påvirker sykepleieres tilnærming til postoperativ smertebehandling. I følge Dihle m.fl. (2006) og Wikström, m.fl. (2016) er sykepleiere for dårlige til å både forstå betydningen av, og ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer, eller skalaer for å kartlegge pasientens smerter før og etter administrering av smertestillende. Ikke alle sykepleiere bruker smerteskalaer, men noen forstår nytten av å bruke det. De mente at smerteskalaer som NRS (numeric rating scale) og VAS (visual analog scale) kunne være hensiktsmessige og effektive verktøy i kartleggingen av smerter, dersom det ble gjort regelmessig. Nytteverdien av smerteskalaer er best når pasientene forstår bruken av dem (Dihle, m.fl., 2006, Leegaard, m.fl., 2011 og Wikström, m.fl., 2016). Pasientmedvirkning er sentralt i den postoperative smertebehandlingen, da pasientene har rett til å delta i beslutninger vedrørende egen helse og behandling (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012).

Enkelte opplevde NRS-skalaen som godt egnet for vurdering ved bevegelse, i ro, før mobilisering og for revurdering etter administrering av analgetika (Lien, m.fl., 2010 og Wikström, m.fl., 2016). Andre fortalte at de ikke brukte NRS-skalaen ettersom de hadde

erfart at flere pasienter ikke forstod kartleggingsverktøyet (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Lien, m.fl., 2010 og Leegaard, m.fl., 2011).

“Det er vanskelig å tro på pasienten når de oppga 6 og 8 på NRS-skalaen men samtidig kunne sitte å lese, spise, le, snakke, gå i korridoren eller ha normalt blodtrykk og puls.”
(Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012 og Wikström, m.fl., 2016).

Holdningene til vurdering av smerte var negative. De fremhevet at de hadde vanskeligheter med å tro på pasienten (Granheim, m.fl., 2015, Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Leegaard, m.fl., 2011 og Kiekkas m.fl., 2015). I følge Lien m.fl. (2015) er sykepleierne flinke til å tro på pasienten, men mener at de får ikke hjulpet pasientene på den måten de ønsker. Sykepleiere legger objektive tegn som stigning i puls og blodtrykk til grunn i sin vurdering av postoperative smerter (Dihle, m.fl., 2006, Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Kiekkas, m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011, Lien, m.fl., 2010 og Wikström, m.fl., 2016). Sykepleierne i forskning gjort av Granheim, m.fl. (2015), Kiekkas, m.fl. (2015), Leegaard, m.fl. (2011) og Lien, m.fl. (2010) vurderer smerter til pasienten ut i fra atferd og emosjonelle smerteuttrykk, i tillegg til objektive tegn for å utfylle pasientens smerteopplevelse. Noen sykepleiere mente at det var lettere å forstå pasientens smerte når de kombinerte smerteskala sammen med kroppsspråk, og satte ord på den (Wikström, m.fl., 2016). Forskning sier at sykepleierne ønsket mer kunnskap om smertekartleggingsverktøy, og bruken av dem. Dette på grunn av at pasientene ofte vurderte egen smerteopplevelse til å være høyere enn det sykepleierne vurderte (Granheim, m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011 og Rognstad m.fl., 2012).

Sykepleiere ga uttrykk for at det var lettere å forstå, samt vurdere pasientens smerte, når pasienten var informert om kartleggingsverktøyet i forkant, i stedet for når pasienten hadde smerter (Dihle m.fl., 2006 og Wikström, m.fl., 2016). Sykepleierne vektla også viktigheten av å danne en felles forståelse av hva de ulike tallene i NRS-skalaene betydde (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Leegaard, m.fl., 2011 og Wikström, m.fl., 2016).

”Den er litt vanskelig for pasientene ... Og de tolker den veldig forskjellig ... Det er jo enkelte pasienter som sier rett ut at de synes det er vanskelig å gi en så konkret beskrivelse av smertene ...” (Leegaard, m.fl., 2011).

4.3 Organisatoriske forhold

Et funn i studien gikk på at organisatoriske forhold rundt postoperativ smertebehandling kunne være en faktor som hadde betydning i sykepleierens arbeid. Planlegging, mangelfulle rutiner og tidspress går utover hvordan sykepleieren håndterer smertelindringen. Forskningsartiklene ga uttrykk for at sykepleierne hadde et ønske om å bidra til at det ble en kunnskapsrik kultur på deres avdeling (Granheim, m.fl., 2015, Kiekkas m.fl., 2015, Lien, m.fl., 2010, Rognstad m.fl., 2012 og Wikström, m.fl., 2016). Rognstad m.fl. (2012) fant ut at flere sykepleiere var misfornøyde med den årlige oppdateringen for å få kunnskap om smerter og smertestillende på deres avdeling. Samtidig så påpekes det at sykepleierne har et personlig ansvar til å oppdatere sine kunnskaper om smerter og smertelindring. Sykepleiere erfarte at de fikk god støtte av kollegaer, men at de savnet dypere diskusjoner og refleksjoner rundt konkrete pasientsituasjoner for å danne seg bedre kunnskap (Lien, m.fl., 2010). En av sykepleierne kom med lignende utsagn som dette, angående rutinene på hennes avdeling:

“Det er lite fastsatte rutiner på hvordan vi vurderer smerte. Det er egentlig opp til hver enkelt sykepleier hva man plukker opp” (Lien, m.fl., 2010).

4.3.1 Tverrfaglig samarbeid i avdeling

Det kom klart og tydelig frem at samarbeidet mellom sykepleiere og andre helsepersonell var for dårlig, og at tverrfaglige samarbeidspartnere både var en ressurs og barriere for vurdering av pasientens postoperative smerte (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Lien, m.fl., 2010 og Leegaard, m.fl., 2011). God kommunikasjon mellom involverte fagpersoner er en viktig faktor for å oppnå optimal smertelindring (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard 2012, Kiekkas m.fl., 2015, Lien, m.fl., 2010, Leegaard, m.fl., 2011 og Wikström, m.fl., 2016), da godt samarbeid mellom ulike faggrupper styrker forståelsen av smerter. Sykepleieren er som oftest et bindeledd mellom pasienten og kirurgen (Lien, m.fl., 2010), og fungerer som talspersonen for pasienten i det tverrfaglige teamet. Mangelen på samarbeid gjaldt særlig kirurger, da de spilte en stor rolle i pasientens postoperative forløp. Konfliktene omhandlet ofte pasientens smerte og behandlingen av disse (Lien, m.fl., 2010 og Leegaard, m.fl., 2011). En sykepleier sa:

“Det er noen av overlegene som er av den gamle skolen og synes at, nei, en operasjon skal gjøre vondt”. (Leegaard, m.fl., 2011).

“Jeg synes det vanskeligste ved postoperativ smertevurdering er samarbeidsproblemer mellom lege og sykepleier.. Det er litt slitsomt at du må alltid diskutere og argumentere og krangle deg til noe.. Du føler du gjør at pasienten blir liggende en dag lenger.. Det er vi som står 8 timer i løpet av en dag og ser at pasientene har det vondt og så får vi ikke lov å gi smertestillende fordi de mener at man ikke skal ha så vondt. Det skjer daglig” (Lien, m.fl., 2010).

En annen faggruppe som sykepleieren opplevde å ikke ha så godt samarbeid med var fysioterapeutene. Her ble smertestillende ofte ikke gitt til pasienten i forkant av fysioterapi, fordi sykepleierne ofte ikke viste tidspunkt for trening. Dette skyldes for dårlig kommunikasjon, og usikre rutiner på avdelingen (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012). Sykepleierne opplevde derimot et godt samarbeid med smerteteam og anestesi, der de følte på stor grad av tillit og støtte.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi presentere metode- og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi belyse styrker og svakheter med oppgaven, mens i resultatdiskusjonen drøfter vi funn fra forskning og litteratur opp mot hverandre.

5.1 Metodediskusjon

Det er blitt gjort mye forskning på postoperative smerter. Dette har gitt oss et godt grunnlag til å skrive oppgaven. Vi valgte å ha forskjellige kombinasjoner av søkeord, og søkte derfor på artikler kun med søkeordet kunnskap, og i noen kun med søkeordet holdninger. Dette fordi disse sammen enten ikke ga noen treff, eller ikke førte til artikler som kunne besvare vår problemstilling godt nok. Vi inkluderte åtte kvalitative artikler i vår litteraturstudie, hver artikkel gir på hver sin måte svar på vår problemstilling. Kvalitative studier gir en mer erfaringsbasert beskrivelse, der kunnskap og holdninger kommer bedre frem. Noe som passer godt i forhold til sykepleieperspektivet som vi har valgt i denne oppgaven.

Vi ønsket å inkludere artikler som lignet kulturen i Norge, og har dermed valgt å ekskludere forskningsartikler utenfor Europa. Alle artiklene utenom to er fra Norge, den ene av disse er fra Sverige, og den andre er fra Hellas. Selv om kulturen er lik, er det likevel forskjeller i måten arbeidet blir organisert på, noe som kan være en svakhet. Vi valgte å utelukke forskning og litteratur som var eldre enn 10 år. Dette som et ledd i å kvalitetssikre vår oppgave. Det er likevel gjort noen unntak, både når det gjelder valg av litteratur og forskning. Den ene forskningsartikkelen (Dihle m.fl.) er fra 2006, og vi ønsket å inkludere denne til tross for dette, da det kom frem veldig gode poeng i artikkelen som vi mente ville være med på å løfte vår oppgave, og besvare denne på en bedre måte.

Vi hadde litt trøbbel med å finne igjen originalen av artikkelen med forfattere Lien m.fl. (2010). Når vi søkte etter artikkelen første gang kom den opp i databasen Cinahl, men vi studenter fikk ikke tilgang til å lese hele artikkelen. Vi forhørte oss derfor med personalet på biblioteket, som var behjelpelig med å finne frem artikkelen fra universitetets arkiv. I april skulle vi søke på artikkelen igjen, men da viste det seg at den var fjernet fra databasen av ukjent årsak. Vi valgte likevel å inkludere artikkelen i vår oppgave, siden vi fikk treff

på den i vårt søk i mars 2018.

Gjennom vårt arbeid med oppgaven har vi bevisst brukt sitater fra artiklene, for lettere å formidle artikkelforfatternes tolkninger. Flere av artiklene (Kiekkas m.fl., 2015, Wikström m.fl., 2016, Rognstad m.fl., 2012 og Dihle m.fl., 2006) var på engelsk. Vi brukte ordbok for at det faglige språket skulle bevares, men vi er klar over at det kan ha blitt feiltolkninger likevel.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere til postoperativ smerte?

I vår studie kommer det frem at sykepleierne preges av misoppfatninger, har for dårlig kunnskap og lar sine personlige holdninger opptre som barrierer for adekvat postoperativ smertelindring. Sykepleierne opplevde også at det å smertelindre pasienter er en utfordrende oppgave. Det krever oppdaterte kunnskaper, tilfredsstillende ferdigheter, samt holdninger som frembringer tillit, omsorg og en overbevist tro på det pasienten sier (Granheim, m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011 og Rognstad, m.fl., 2012).

Det er gjort betydelig mye nyere forskning om emnet, og dette er derfor ikke en nyoppstått problemstilling. Hvorfor er ikke da sykepleiere gode nok, til å håndtere en så viktig oppgave?

I følge Helsepersonelloven (1999, §4), skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette innebærer at sykepleieren må være faglig oppdatert. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Pasientene har også rettigheter i møte med helsevesenet. Loven fastslår at pasienter har rett på lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Sykepleierne er ut i fra denne konteksten forpliktet til, og sørge for at pasientene får god nok smertelindring, og sørge for at de arbeider på en slik måte at man oppnår det. Vi opplever at problemene oppstår når sykepleierne ikke er klar over de barrierene som

hindrer god smertelindring. Det er vanskelig å forbedre noe man ikke er klar over selv; før en blir oppmerksom på det og har en tro om det. Rognstad m.fl. (2012) belyser viktigheten av at sykepleieren også har et personlig ansvar for å oppdatere sine kunnskaper til enhver tid, men at dette også bør tilrettelegges og oppfordres til av ledelsen. Sykepleieyrket er i stadig utvikling, dette gjelder også postoperativ smertebehandling. Derfor må sykepleiere til enhver tid holde seg faglig oppdatert, evaluere egen praksis og reflektere over denne. På den måten kan sykepleierne tilegne seg ny kunnskap og med tid forbedre og endre holdningene sine. Erfaringsbasert kunnskap er knyttet til konkrete situasjoner, slik som postoperativ smertelindring. Denne kunnskapen utvikles gjennom systematisk og kritisk refleksjon over ens egne erfaringer som sykepleier (Kristoffersen, 2015b). I følge Kristoffersen (2015b) er sykepleiernes holdninger vesentlige for å utvikle kunnskaper. Holdninger er relativt varige, og å forandre de vil være tidkrevende og koste personen noe å gjennomføre (Håkonsen, 2014). I følge Lien m.fl. (2010) oppleves den generelle kunnskapen sykepleiestudenter har med seg fra bachelorutdanningen, å gi for liten faglig tyngde i møte med spesialiserte avdelinger. Sykepleiere som fortsatte med videreutdanning eller deltok på undervisningsprogram om smerte, hadde bedre kunnskaper og holdninger enn de som ikke gjorde det (Kiekkas, m.fl., 2015). Med det forstås det hvor viktig det er med videreutdanning, og at en aktivt deltar i undervisningsprogram der det er mulig.

Smerte er en høyst subjektiv opplevelse, og er umulig å etterprøve og verifisere holdbarheten i pasientens opplevelse av smerter. Uten målbare tegn på smerter kan sykepleier egentlig ikke vite om pasienten har smerter, eller om han stimulerer. En må derfor aktivt prøve å akseptere at det her ikke er sykepleieren, men pasienten selv som er autoriteten (Berntzen, m.fl., 2015). Sykepleieren har valget mellom å ha tillit til, eller å tvile på pasientens opplevelse. Hvis sykepleieren tviler på pasientens utsagn, og/eller ikke registrer uttrykk for smerte, kan sykepleieren fungere som en effektiv bremsekloss i smertebehandlingen (Berntzen, m.fl., 2015). Travelbee (Kristoffersen, 2015a) påpeker at tillit er noe som avspeiles i troen på at andre vil hjelpe en når det er behov for det. Empati og sympati er også et tema i Travelbees sykepleiefilosofi, der hun mener at empati er en nøytral forståelse som ikke er direkte knyttet til handling, eller et ønske om å gjøre noe, mens sympati nettopp knyttes opp imot et ønske om å hjelpe pasienten. Ønsket oppstår på grunnlag av den innsikten og forståelsen sykepleieren har, for pasientens smerte og smerteopplevelse. Hun sier også noe om at sympati er en form for holdning. Når sykepleieren uttrykker sympati overfor en pasient, formidler hun dermed at hun bryr seg

om, og er engasjert i hvordan pasienten har det. I de aller fleste situasjoner er det nettopp gjennom holdning og væremåte at en som sykepleier uttrykker sin sympati eller mangelen på denne overfor pasienten. Kiekkas m.fl. (2015) påpekte at sykepleiere med personlig erfaring fra postoperativ smerte, har mer kunnskap om postoperativ smertelindring, og større forståelse for pasientens opplevelse av smerter. Ut i fra dette kan det forstås at personlig erfaring kan være et gode, så lenge det medfører økt empati og forståelse for hvordan det er å ha vondt, og ikke setter en standard for hva som bør være forventet smerte.

“ One of the main reasons why patients continue to suffer from postoperative pain is the misconception that nursing personnel, and not the patients, are in control of the existence of patients' pain” (Kiekkas, m.fl., 2015).

I vår studie kommer det tydelig frem at det finnes misoppfatninger om pasientens smerteopplevelse (Granheim, m.fl., 2015, Kiekkas, m.fl., 2015, Lien, m.fl., 2010 og Wikström, m.fl., 2016). Konsekvensen av en slik misoppfatning kan bidra til at sykepleiere tviler på pasienter som har vondt, og dette kan føre til at pasienten ikke blir godt nok smertelindret. Dersom pasienten ikke blir godt nok smertelindret vil det føre til en rekke negative konsekvenser for pasienten (Berntzen, m.fl., 2015). Smerteopplevelsen er høyst subjektiv, og varierer dermed fra person til person. Sykepleierne konstaterte at yngre pasienter trengte mer smertelindring enn eldre, og at den eldre generasjon generelt er skeptisk og tilbakeholdne med å rapportere om smerter (Leegaard, m.fl., 2011). Sykepleierne har i følge Granheim m.fl. (2015) og Rognstad m.fl. (2012) en større tilbøyelighet til å gi smertelindring til pasienter som ber om det, enn til de som ikke foretar egenrapportering om smerter. Noen mennesker kan man ikke se har smerter, mens andre gir tydelig uttrykk for dette (Leegaard, m.fl., 2011 og Lien, m.fl., 2010). Eldre pasienter har krav på like god smertelindring som yngre (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012).

Sykepleiere må lære seg og forstå konsekvensene av å underbehandle smerter. Det å underbehandle smerter er uetisk (Leegaard, m.fl., 2011). Smerter fører ikke bare til ubehag rett etter inngrepet, men også til redusert mobilitet. Mobilitet er viktig for rehabilitering, og for forebygging av komplikasjoner etter et kirurgisk inngrep. Utilstrekkelig postoperativ

smertelindring kan føre til kroniske smerter, og dermed nedsatt livskvalitet (Kiekkas m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011 og Rognstad m.fl., 2012), som igjen har en rekke negative ringvirkninger for pasienten. Forskning gjort av Rognstad m.fl. (2012) sier at kun halvparten av sykepleierne som deltok i studiet var interessert i å tilby bedre postoperativ behandling, noe som kan tyde på at resten av sykepleierne mener at det er bra som det er. At sykepleierne ikke er mer bekymret over komplikasjoner og konsekvenser dette kan føre med seg for pasienten, forklarer egentlig at sykepleierne har for lite kunnskap om smertefysiologi. Den kunnskapen sykepleieren har om smertefysiologi og smerteuttrykk, er sentral for å forstå hvilke vurderinger og tiltak som må settes i gang både hos eldre og yngre pasienter (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, m.fl., 2012).

5.2.2 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleiere til administrering og evaluering av smertestillende?

Forskning gjort av Dihle m.fl. (2006), Granheim m.fl. (2015), Kiekkas m.fl. (2015), Lien m.fl. (2010) og Wikström m.fl. (2016) viser at sykepleierne mangler kunnskap om medikament og virkningsmekanismer, og at de frykter avhengighet og respirasjonsdepresjon. Det kommer også frem i forskningen gjort av Dihle m.fl. at sykepleierne gir under halvparten av ordinær dose ved postoperative smerter. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å observere pasienten med henblikk på legemiddeleffekter og bivirkninger (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008: § 3-b). Uten kunnskap om det enkelte legemidlet vil det være vanskelig å vite hva en skal være oppmerksom på. Sykepleieren har også en plikt til å dokumentere de observasjonene som gjøres, både i forhold til virkning og bivirkninger (Nordeng, 2013). Det er riktig at sykepleierne skal ha respekt for opiat, men at de har en overdimensjonert frykt for sjeldne bivirkninger fører ofte til under behandling av smerter. Det er viktig at sykepleieren observerer pasientene i etterkant av administrering av medikamenter (Berntzen m.fl., 2015). Forskning gjort av Wikström, m.fl. (2016) sier at sykepleiere har behov for å forstå pasientens smerte før de kan administrere analgetika.

I følge forskning gjort av Dihle m.fl. (2006) og Wikström, m.fl. (2016) er sykepleierne for dårlig til både å forstå betydningen av, og ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer, for å kartlegge pasientens smerter før og etter administrering av analgetika. Noen sykepleiere føler de maser om denne skalaen, når det

er opplagt at pasienten har vondt (Leegaard, m.fl., 2011). Andre erfarer at kartleggingen blir feil, da pasienten ikke forstår bruken av skalaene (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Leegaard, m.fl., 2011 og Lien, m.fl., 2010). Leegaard, m.fl. (2011) forklarte at sykepleierne preoperativt skulle informere pasientene om at målet var å ikke overskride 3 på NRS-skalaen i hvile. Ved å gjøre dette vet pasienten hvordan han skal forholde seg til kartleggingen. Sykepleieren bør også ha en god dialog med pasienten slik at de har felles forståelse for hva 3, eller 8 på skalaen er. Forskning gjort av Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard (2012) og Wikström, m.fl. (2016) understreker viktigheten av god kommunikasjon med pasienten angående smertekartlegging, og sykepleierne synes de er flinke til det. Motstridende funn ble funnet i Dihle m.fl. (2006), der sykepleierne ikke gav informasjon om smertekartleggingsverktøy uten om at pasienten spurte om det.

I følge Dihle m.fl. (2006), Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, (2012), Kiekkas m.fl. (2015), Leegaard, m.fl., (2011), Lien m.fl. (2010) og Wikström m.fl. (2016) bruker sykepleierne objektive tegn i sin vurdering av smerter. Sykepleieren kan ikke ene og alene handle på bakgrunn av en objektiv vurdering av noe som er subjektiv, fordi det kan medføre undervurdering av smerten slik den oppleves for pasienten. Objektive tegn kan være viktige, men er samtidig usikre med hensyn til å angi smertens alvorlighetsgrad, fordi pasienter med smerter ofte har høy grad av stress (Berntzen, m.fl., 2015). Joyce Travelbee understreker at en bør vektlegge pasientens opplevelse av lidelse, fremfor en objektiv vurdering av situasjonen (Kristoffersen, 2015a). Dette forankrer selve fundamentet i postoperativ smertebehandling hvor en skal ta pasientens smerteopplevelse på alvor.

Det å vurdere pasientens smerter er som nevnt en viktig sykepleieoppgave som fremkommer i sykepleieprosessen. Travelbee forklarer i sin sykepleieteori at gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon, benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt, til å finne frem til pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen, 2015a). For å finne frem til pasientens behov for sykepleie, må hun ha tro på pasienten, og fremme pasientmedvirkning (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012). Pasientene har rett på å delta i egen behandling, og av tjenester i god kvalitet i følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Pasientmedvirkning er et av elementene i kunnskapsbasert praksis, som trekker frem at pasienten er en kunnskapsressurs for helsepersonell, i vurdering av hvilken helsehjelp som skal gis (Kristoffersen, 2015b). Det må derfor tas hensyn til pasientens

ønske og behov og at sykepleiere ikke tar det pasienten sier for gitt. Vi mener på bakgrunn av dette at sykepleiere bør bli flinkere til å se på pasienten som en ressurs.

5.2.3 Hvilke kunnskaper og holdninger har sykepleierne til organisatoriske forhold?

Det kommer frem i flere av artiklene (Granheim, m.fl., 2015, Kiekkas, m.fl., 2015, Leegaard, m.fl., 2011, Lien, m.fl., 2010 og Rognstad, m.fl., 2012) at kulturen og rutinene på avdeling er av stor påvirkning for den enkelte sykepleierens vurdering og håndtering av postoperative smerter. Det kommer frem i forskning gjort av Kiekkas m.fl. (2015) at mangel på bemanning og tid, sammen med stor arbeidsmengde, er eksempler på dårlig organisering på avdelingen som fører til konsekvenser som svekket vurdering av de postoperative smertene hos pasientene. Orvik (2015) slår fast at sykepleieren har behov for kunnskap om, og erfaring i oppgavedelegering, for å kunne forbedre behandlingsrutiner. Sykepleieren kan ikke fokusere kun på det kliniske, men må også involvere andre parter, for å kunne gi korrekt behandling til pasienten. De organisatoriske forholdene har stor påvirkningskraft i den praktiske hverdagen, og skaper rammene en kan handle innenfor.

Det kommer også frem at det ikke er godt nok samarbeid mellom helsepersonell (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012, Leegaard, m.fl., 2011 og Lien, m.fl., 2010) og at det ikke er gode nok rutiner på flere felt, deriblant medikamenthåndtering og utdeling, samt hvordan en skal informere pasienten om smerterapportering postoperativt (Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, 2012). Det kan fremkomme mer positive holdninger til postoperativ smerte, og bedre kvalitet i helsetjenester hvis det er et godt tverrfaglig samarbeid på avdelingen, og da spesielt i forhold til legene. Et velfungerende samarbeid og kontinuitet på avdelingen, fører til økt kunnskap mellom ulike faggrupper i arbeidshverdagen (Kiekkas m.fl., 2015). Orvik (2015) er veldig opptatt av å vise at ansvar for organisering på arbeidsplassen har to sider. Det er både et profesjonsansvar (sykepleieren) og et systemansvar (ledelsen). Ansvaret ligger først og fremst på lederen for avdelingen, som skal organisere arbeidet på en slik måte at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, noe som også kommer frem i Helsepersonelloven §4 (1999).

All forskning tyder på at de fleste sykepleiere har et ønske om å bidra, og være en del av organiseringen, som fremmer gode rutiner og kultur på avdelingen. Dessverre er

kunnskapen for å kunne gjennomføre dette, manglende eller fraværende, og holdningene til dette settes det et spørsmålstegn ved. Håkonsen (2014) beskriver hvordan holdninger og kunnskap henger sammen, og at hva vi mener om noe, gjenspeiler seg i holdningene. Dette kan derfor tyde på at kunnskap er med på å forme ens holdninger. Rognstad, m.fl. (2012) kommer med en påstand om at kunnskap og erfaring blant sykepleiere, bør integreres i kulturen på arbeidsplassen, slik at de skal kunne tilegne seg gode holdninger, ferdigheter samt atferdsmønstre for å forbedre klinisk smertep praksis. Det må legges til rette for utøvelse av kunnskapsbasert praksis på avdelingen. Gjennom hele vårt studieforløp fikk vi se hvilken innvirkning kunnskapsbasert praksis har på den sykepleie som utøves ovenfor pasientene, og hvor stor betydning denne har for behandlingsforløpet. Ved å ta i bruk kunnskap fra forskning og kombinere denne med sykepleierens egne erfaringer, og pasientens opplevelser, vil man kunne forbedre behandlingen.

Leegaard, m.fl. (2011), Lien, m.fl. (2010) og Rognstad, m.fl. (2012) belyser at sykepleiere selv føler at deres kunnskaper om smerte ikke er tilstrekkelig for god nok smertelindring. Dette stemmer overens med det som kommer frem i forskningen som vi har valgt å inkludere i vår oppgave. Som sier at smertelindring til postoperative pasienter er langt fra tilfredsstillende. I følge Dihle, m.fl. (2006), Granheim, m.fl. (2011) og Leegaard, m.fl. (2011) fremkommer det at sykepleierne ofte har bedre kunnskaper enn det de praktiserte ovenfor pasienter med smerter. Trolig kan det ha sammenheng med at sykepleierne ikke føler de har tilstrekkelig handlingsrom til å administrere medikamenter etter pasientens behov. Årsaken til det er at kirurgene mener at en operasjon skal gjøre vondt (Leegaard, m.fl., 2011) og dermed fjerne flere av medikamentene som smerteteamet har oppført på kurven.

Leegaard, m.fl. (2011) og Rognstad, m.fl. (2012) kommer med anbefalinger om å lage et undervisningsprogram for sykepleiere, for å kunne oppfriske samt tilføye ny kunnskap om den postoperative smerten og smertelindringen. Det viser seg at kunnskap øker ved å innføre slike undervisningsprogrammer (Dihle m.fl., 2006, Kiekkas, m.fl., 2015 og Rognstad m.fl., 2012).

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien belyser hvilke kunnskaper og holdninger som er viktig i utøvelsen av sykepleie til pasienter med postoperative smerter. Kunnskap og holdninger henger på mange måter sammen; for lite kunnskap kan gjenspeile seg i holdninger til sykepleiere, og sykepleiernes personlige trekk kan påvirke deres holdninger.

For å gi en optimal smertelindring må sykepleieren og pasienten etablerer en relasjon som bygger på tillit, empati og gjensidig forståelse. En viktig forutsetning for dette er å anerkjenne pasientens smerter, ved å ha tiltro på det pasienten rapporterer. Under behandling av smerte er uetisk, og kan føre til mange konsekvenser både for sykepleieren og for pasienten. Dersom pasienter ikke blir godt nok smertelindret vil det skape mistillit til helsevesenet, fordi de ikke føler seg trodd. Noe som er svært uheldig for sykepleien. Konsekvenser for pasienten er mange, som blant annet utvikling av kroniske smerter. Som igjen vil føre til økte kostnader for helsevesenet. Kunnskap i forhold til smerter og smertefysiologi er avgjørende for vurdering av den postoperative smerter. Det nødvendig for sykepleiere å ha gode holdninger samt kunnskap om ulike kartleggingsverktøy og medikamenter. Kunnskap og erfaring blant sykepleiere bør integreres i kulturen på arbeidsplassen som vil være med på å forbedre klinisk smertep praksis. Tidspress, lav bemanning og stor arbeidsmengde går utover hvordan sykepleieren håndterer smertelindring. Det er også et behov for å styrke det tverrfaglige samarbeidet og bedre kommunikasjonen mellom de forskjellige yrkesgruppene. Ledelsen har et overordnet ansvar og må legge til rette rammer rundt utøvelsen for faglig forsvarlig sykepleie slik at det blir rom for å handle.

Tro på pasientens smerteopplevelse er viktigst. Dette kan oppnås ved å øke kunnskapsnivået, gjennom å eliminere feiloppfatninger om medikament og smerter, legge til rette for godt tverrfaglig samarbeid, gi rom for ny kunnskap gjennom utdannings- og undervisningsprogram, og etablere gode rutiner for kartlegging og evaluering av smerter. For videre forskning anbefales kvalitative studier som kartlegger pasientens opplevelse av medvirkning i postoperativ smertebehandling, samt kvantitative studier som kartlegger sykepleiernes kunnskap om bruk av analgetika.

Litteraturliste

Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A. M. ., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. Og G, R. (2015) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. red. *Klinisk Sykepleie 1*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 273-338

Berntzen, H., Danielsen, A. Og Almås, H. (2015) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. red. *Klinisk Sykepleie 1*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-398

Bielecki, T. og Børdahl B.(2008) *Legemiddelhåndtering*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dihle, A, Bjølseth, G, & Helseth, S. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal Of Clinical Nursing* [Internett], 15 (4), s. 469-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2) 22-26

Forsberg, C.& Wengstrøm, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. Stockholm: Författarna och bokförlaget Natur & Kultur

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp av 3. april 2008 nr. 320

Granheim, T, Raaum, K, Christophersen, K, & Dihle, A. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning* [Internett], 10 (4), s. 326-334. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Hjelldahl Sjøveian, A, & Leegaard, M. (2012) Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smerte behandling? *Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning* [Internett], 7 (4), s. 380-387. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Kiekkas, P., Gardeli, Panagiota., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, G. & Konstantinou, E. (2015) Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative pain in Greece. *The American Society for Pain Management Nursing* [Internett], 16 (1), s. 2-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.02.002>

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. Og Skaug, EA. (2015a) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, EA. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-29

Kristoffersen, N.J. (2015b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, EA. red. *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-280

Leegaard, M, Husby, Y, Berge, A, & Rustøen, T. (2011) Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning* [Internett], 6 (3), s. 254-261. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0167>

Lien, T, Hanssen, I, & Andenaes, R. (2010) Mellom barken og veden: nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning* [Internett], 12 (3), s. 3-14

Nakstad, A.R. (2014) Pre-, Per- og Postoperativ behandling. I: Bach-Gansmo, E., Mjell, J. & Ørn, S. red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 563-578

Nordeng, H. (2013) Grunnleggende kunnskap - hva er legemidler, og hvordan brukes de?. I: Nordeng, H. & Spigset, O. red. *Legemidler og bruken av dem. 2.utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 24 - 43

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen damm

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om helsepersonell m.v

Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012) Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavia Journal of Caring Sciences* [Internett], 26 (3), s. 545-552. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>

Stubhaug, A. og Ljoså, T.M. (2008) *Hva er smerte?* I: T. Rustøen og A.K. Wahl. red. Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 22-50

Svardal, S. (2015) *Fagfelle vurdering* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelle vurdering> [Lest 02.05.2018]

Sosial- og helsedirektoratet. (2015) *Legemiddel håndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Rundskriv. IS-7/2015. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelhandteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>

NSD. (2018) Forklaring til søkefeltene [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok> [Lest 27.04.2018]

Wikström, L, Eriksson, K, Fridlund, B, Årestedt, K, & Broström, A. (2016) Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences* [Internett], 30 (4), s. 802-812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12308>

Wøien, H. og Strand, A.C. (2008) Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I: T. Rustøen og A.K. Wahl. red. *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 271-289

Vedlegg 1: Litteraturmatriser

Forskningsartikkel 1: The Gap between saying and doing in postoperative pain management

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Dihle, A. Bjølseth, G. Og Helseth, S.</p> <p>Årstall: 2006</p> <p>Artikkelens navn: The Gap between saying and doing in postoperative pain management</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>Vol.nr: 15 (4)</p> <p>Utgave nr: 4</p> <p>Sidetall: 469-479</p>	<p>Hensikt med studiet var å få en forståelse for hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertelindring/behandling til pasienter på en kirurgisk avdeling, samt identifisere ulike barrierer til optimal postoperativ smertelindring.</p>	<p>Communication Interview Nurses' approach, Observation Pain-management, Postoperative-pain</p>	<p>Utvalg: Studiet ble gjennomført ved to sykehus i Norge. Sykepleierne måtte ha erfaring og interesse for temaet, samt være kjent med rutiner for smertebehandling på den aktuelle avdelingen. Det endelige valget falt på sju kvinner og to menn i alderen 37 til 35 år. Den gjennomsnittlige arbeidserfaringen lå på en til seks år.</p> <p>Datainnsamling: Data var samlet inn gjennom intervju og observasjoner. Det ble utviklet semi-strukturerte observasjoner om var basert på teorien om smerte og postoperativ smertebehandling, samt tidligere studier og klinisk erfaring. Det ble opprettet og gjennomført pilot observasjoner og intervjuer av to sykepleiere for å sikre riktig forskning. Observasjoner hadde fokus på hva sykepleieren gjorde, imens intervjuer fokuserte på deres refleksjon rundt hva de gjorde i forhold til postoperativ smertebehandling.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Kvaless veiledning for kvalitativ forskning som bygget på hermeneutisk metode. Analysen ble gjort på tre ulike nivåer: selvforståelse, sunn fornuft og teori.</p>	<p>Et hoved tema dukket frem når det gjaldt sykepleierens tilnærming til postoperativ smertebehandling: avvik mellom hva sykepleierne sa og ha de faktisk gjorde.</p> <p>Forskningen avslørte et gap mellom hva sykepleierne sier og hva de gjør ved postoperativ smertebehandling. Når sykepleieren tok opp postoperativ smerte som et tema med pasienten ved direkte kontakt, så dette ut til å forbedre smertelindringen. Sykepleierne har teoretiske kunnskaper om sentrale utfordringer for postoperativ smertelindring, men de vet ikke hvordan de skal bruke den.</p> <p>Sykepleierutdanningen og arbeidsplasser ut i helsesektorer må oppmuntres til å anskaffe seg mer kunnskap om smerte og smertebehandling, samt empati ved kommunikasjon i forhold til smerte.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Artikkelen for frem hvor viktig det er å ha en riktig tilnærming til pasientene og at kunnskaper ikke er nok for god smertelindring, holdningene har mye å si for hvordan sykepleiere handler i forhold til postoperativ smerte.</p>

Forskningsartikkel 2: Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A og Dihle, A.</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Artikkelens navn: Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vol.nr: 10 (4)</p> <p>Utgave nr: 4</p> <p>Sidetall: 326-334</p>	<p>Studiens hensikt var å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</p>	<p>Smertelindring Smerte Sykepleie Kunnskap Holdning</p>	<p>Utvalg: Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere og sykepleierstudenter. Av disse var 114 sykepleiere ved fem kirurgiske sengeposter fra et universitetssykehus, og 86 var sykepleiestudenter i siste studieår ved en høyskole. Studentene hadde ingen arbeidserfaring som sykepleiere. Sykepleiegruppen hadde en arbeidserfaring fra 0-26 år med et gjennomsnitt på sju år.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet NKAS-N. NKAS-N inneholder 39 spørsmål fra områdene smertevurdering, smertehåndtering og medikamentell smertelindring. De første 21 spørsmålene skal man ta stilling til om et utsagn er sant eller usant. De neste 14 er multiple Choice med tre til fem svaralternativ hvor kun ett er riktig. De fire siste spørsmålene er basert på to pasienthistorier der sykepleieren skal vurdere pasientens smerteintensitet, etter at pasienten selv har bedømt sine smerter på NRS-11.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Deskriptive tverrsnittsundersøkelse.</p>	<p>Totalt 165 besvarte spørreskjemaet, fordelt på 82 sykepleiere og 83 sykepleiestudenter. Maksimal oppnåelig poengsum på spørreskjemaet er 39 poeng. Sumskåren i det samlede utvalget varierte mellom 16 og 37 med et gjennomsnitt på 25,2 poeng.</p> <p>Begge gruppene skåret høyt på blant annet at det er pasienten selv som best bedømmer egen smerte. De fire spørsmålene som oftest ble besvart feil omhandlet blant annet redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet.</p> <p>Hovedfunnene i studien var at både sykepleiere og sykepleiestudenter hadde gode kunnskaper innen noen områder, men at det fortsatt eksisterte redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Gjennom de to pasienthistoriene som var presentert i spørreskjemaet viste det gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. På noen områder innen smertelindring viste de god kunnskap og gode holdninger. Studien viste behov for å styrke kompetansen slik at sykepleiere og studenter kan bli dyktigere til å håndtere pasientens smerter. Videre må de bli flinkere til å ta hensyn til det pasienten uttrykker.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Artikkelen tar også fra seg sykepleierstudenters kunnskaper, og vi er sykepleierstudenter som snart er ferdig utdannet.</p> <p>I artikkelen står det godt forklart hvordan sykepleiere og studenter tenker i forhold til postoperativ smertelindring. Det kommer frem hvordan kunnskap og holdninger er i samspill med hverandre, og hvordan kunnskap ikke er nok for god smertelindring.</p>

Forskningsartikkel 3: Hvilke kunnskaper trenger sykepleieren for å hjelpe pasienter til å håndtere smerte etter hjertekirurgi?					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W og Rustøen, T.</p> <p>Årstall: 2011</p> <p>Artikkelens navn: Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vol.nr: 6</p> <p>Utgave nr: 3</p> <p>Sidetall: 254-261</p>	<p>Studien sin hensikt var å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere selv mener de trenger for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi og hvilke oppfatninger sykepleiere har om smerter og smertelindring generelt.</p>	<p>Kvalitativ studie Hjerte- og kar sykdom Kirurgi, smerte Fokusgrupper Undervisning Sykepleie</p>	<p>Utvalg: 21 offentlige godkjente sykepleiere ved en hjertekirurgisk post i Oslo, deltok i fire fokusgrupper. Kun to deltakere som hadde videreutdanning. Antall års erfaring varierte fra ett til 2 år.</p> <p>Datainnsamling: Ble samlet inn data om hvorvidt sykepleierne hadde videreutdanning, hvor mange års erfaring som sykepleiere de hadde, og hvor lenge de hadde arbeidet med hjertekirurgiske pasienter. Avdelingens rutiner tilknyttet postoperativ smertebehandling ble også kartlagt. Fokusgruppeintervju sørget for kvalitative data om hvilke kunnskaper sykepleiere mente de trengte om smerte og smertebehandling. Hvert intervju fulgte en semistrukturert intervjuguide. Spørreskjema ble brukt for å få mer kunnskap om sykepleiernes kunnskaper og holdninger til smertemekanismer, smertemålinger og smertebehandling.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd som ble transkribert ad verbatim. Neste trinn var å gjennomføre en tematisk deskriptiv innholdsanalyse.</p>	<p>Sykepleierne fremhevdde at pasientenes individuelle forskjeller er en utfordring. Stor variasjon i hvordan pasientene uttrykker smerte. Alder og språk med pasienter fra annen kultur. Yngre pasienter trenger mer smertelindring enn eldre. Noen poengterte at eldre er skeptisk til å ta for mye smertestillende, og at de fortrenger at de har smerter. Skapte barrierer mot god smertelindring, redsel for bivirkninger eller avhengighet. En annen utfordring var å få pasientene godt smertelindret fordi kirurgene var uenig i behandling med opioider. NRS kartlegging en gang per vakt fungerte bra når de begynte å bruke samme skalaen. Et av hovedproblemene var at pasientene ikke forstår skalaen, og at de trenger å lære hvordan den brukes. Bør utfylle med andre data for å gi et utfyllende bilde av pasientens smerteopplevelse. Sykepleiere ønsker mer kunnskap om smertekartlegging og hvordan smerte påvirkes av alder og kultur.</p> <p>Sykepleiere trenger også mer kunnskap om medikament og virkningsmekanismer.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>I denne artikkelen kommer det godt frem at sykepleierne har store utfordringer i den postoperative smertebehandlingen. Deriblant alder, språk og samarbeidsproblemer med kirurgene. Sykepleierne trenger mer kunnskap om smertekartlegging, hvordan smerte påvirkes av alder og kultur. Samt om mer kunnskap om medikament og virkningsmekanismer. Holdningene har også mye å si for hvordan de tar i bruk kunnskapen sin.</p>

Forskningsartikkel 4: Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative pain in Greece

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Kiekkas, P., Gardeli, Panagiota., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, G. & Konstantinou, E.</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Artikkelens navn: Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative pain in Greece</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>The American Society for Pain Management Nursing</i></p> <p>Vol.nr: 16 (1)</p> <p>Utgave nr: 1</p> <p>Sidetall: 2-10</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke hvilke kunnskaper og holdninger i forhold til postoperativ smertelindring hos sykepleiere som jobber ved kirurgiske avdelinger. Samt å identifisere forutsetninger for deres kunnskaper og holdninger.</p>	<p>Det ble ikke presentert noen nøkkelord i denne artikkelen.</p>	<p>Utvalg: Studie ble gjennomført ved avdelingene for generell kirurgi, ortopedi, nevrokirurgi, øre-nese-hals kirurgi og gynekologiske avdelinger på fem greske sykehus i 2013. Alle faste og assisterende sykepleiere som jobbet ved kirurgisk avdeling fikk delta.</p> <p>Datainnsamling: Sykepleiere ble bedt om å fullføre et spørreskjema med tre snitt, som inkluderte demografiens kunnskap og holdninger undersøkelse om smerte (KASPR) og syv spørsmål som fanget opp personlige egenskaper, arbeidsforhold og følelser om arbeid. Datainnsamlingen varte i 4 uker i hvert sykehus. 182 av 237 spørreskjemaer ble gjennomført.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Dette var en beskrivende, tverrsnittundersøkelse. Den statistiske pakken for samfunnsvitenskap v21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) ble brukt.</p>	<p>Resultatene av dette studiet viste at kunnskap og holdninger i forhold til postoperativ smerte blant sykepleiere i kirurgiske avdelinger i Hellas er langt i fra tilfredsstillende.</p> <p>Forskjeller i deltakeres kunnskap og holdninger i forhold til postoperativ smerte ble også oppdaget i henhold til deres deltakelse i videreutdanningsprogram og i henhold til kirurgisk avdeling hvor de var ansatt.</p> <p>Forbehandling av postoperativ smertebehandling på tvers av sykepleie og videreutdanning må også vurderes.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Denne artikkelen for frem at sykepleiere ikke har nok kunnskap på flere punkt i forhold til postoperativ smertelindring og mange har negative holdninger i forhold til postoperative smerter.</p>

Forskningsartikkel 5: Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A.</p> <p>Årstall: 2016</p> <p>Artikkelens navn: Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i></p> <p>Vol.nr: 30 (4)</p> <p>Utgave nr: 4</p> <p>Sidetall: 802-812</p>	<p>Målet med denne studien var å beskrive opplevelser av omsorg og handlinger som sykepleiere og leger har foretatt seg, ved vurdering av postoperative smerter.</p>	<p>Collaboration, Critical incident technique, Healthcare professionals, Postoperative pain assessment.</p>	<p>Utvalg: Det ble totalt valgt ut 24 Sykepleiere og leger ansatt hos ortopediske eller kirurgiske avdelinger på fire svenske sykehus. Hensikten var å nå variasjon i alder, kjønn, yrke og faglig erfaring. Deltakerne ble rekruttert av en utpekt person fra hver enhet mellom desember 2013 og oktober 2014.</p> <p>Datainnsamling: En halvstrukturert intervjuguide ble utformet i tråd med Bradbury-Jones & Tranter 18 av forfatterne, som har lang erfaring med postoperativ smertebehandling. Tre pilotintervjuer ble utført.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Dataanalysen ble utført i henhold til CIT-tradisjonen, som betyr et søk etter samlet data som beskriver erfaringer og påfølgende handlinger som er viktige for utredningen til denne forskningsartikkelen.</p>	<p>Ved smertevurderinger, pasientrelaterte tilretteleggelser var pasientens verbale og følelsesmessige uttrykk inkludert smerte vurderinger, mens mangel på konsistens med observert atferd var en barriere. Samarbeid mellom helsepersonell, og smerteeksperter, sosialarbeidere, samt slektninger, styrket forståelsen av smerte.</p> <p>Kommunikasjonsevner og arbeidsforhold påvirket ytelsen av smertevurdering. Ved å inkludere helsepersonellenes ulike ansvarsområder når det skulle tas opp ulike perspektiver på pasientens «her og nå» smerter med pasient og pårørende skapte tillit.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Denne forskningsartikkelen beskriver godt hvordan en sykepleierens hverdag er og hvilke erfaringer samt holdninger sykepleiere har ovenfor pasienter med postoperativ smerte.</p> <p>Denne artikkelen får frem sykepleierens erfaringer og en konklusjon om hva som er viktig å fokusere på for å kunne smertelindre pasienten godt nok postoperativt.</p>

Forskningsartikkel 6: Mellom barken og veden: nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Lien, T., Hanssen, I., og Andenaes, R.</p> <p>Årstall: 2010</p> <p>Artikkelens navn: Mellom barken og veden: nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning</i></p> <p>Vol.nr: 12</p> <p>Utgave nr: 3</p> <p>Sidetail: 3-14</p>	<p>Hensikten er å beskrive forhold rundt nyutdannet sykepleieres vurdering av postoperative smerte, inkludert tverrfaglig samarbeid, rutiner og videreutvikling av praktisk og teoretisk kunnskap relatert til postoperativ smertelindring.</p>	<p>English: Postoperative pain Newly graduated nurses Assessment Knowledge Context</p> <p>Norwegian: Postoperative smerter Nyutdannede sykepleiere Vurdering Kunnskap Kontekst</p>	<p>Utvalg: Tatt ut et homogent utvalg sykepleiere fra en kirurgisk avdeling. Inklusjonskriterier var at de hadde to års erfaring etter endt utdanning. Aktuelle sykepleiere ble trukket ut av avdelingssykepleier. 12 sykepleiere i alderen 22-36år.</p> <p>Datainnsamling: Fokusgruppeintervju tilfeldig fordelt på to grupper. Tre hovedspørsmål: - Nyutdannede vurdering av pasienter med postoperativ smerte. - Vurdering av eventuelle konsekvenser for valg av smertestillende metode. - Forhold i avdelingen som innvirker på sykepleierens håndtering av postoperativ smerte.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Studien har et deskriptiv design.</p>	<p>Sykepleierne opplever at de ofte kom i konflikt med kirurgene angående pasientens smerte. Lite fastsatte rutiner på avdelingen på hvordan de vurderer smerte. Noen synes smertekartleggingsverktøy som NRS-skala var godt egnet, andre synes ikke det pga. de opplevde at pasientene ikke forsto bruken av den. Den generelle kunnskapen om smerte og smertebehandling fra skolen ga liten faglig tyngde i møte med denne spesialiserte avdelingen. Må tilrettelegges for videre kunnskapsutvikling.</p> <p>Nyutdannede sykepleiere videreutvikler sin kunnskap både gjennom erfaringslæring, observasjon av andre sykepleiere og gjennom å rådføre seg med kollegaer. Kunnskapsutviklingen kan lide, og at de tilpasser seg avdelingens kultur og rutiner uten å stille kritiske spørsmål. Det er behov for å styrke det tverrfaglige samarbeidet og bedre kommunikasjonen mellom de forskjellige yrkesgruppene slik en oppnår en felles forståelse og gjensidig respekt, og dermed sørger for effektiv postoperativ smertelindring.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Artikkelen legger vekt på nyutdannede sykepleiere og hvilke problemer de møter på i forhold til postoperativ smertelindring. Tverrfaglig samarbeid er ikke bra nok, de utvikler ikke sin kunnskap og tilrettelegger seg rask avdelingens rutiner. Smertekartleggingsverktøy står også godt forklart i artikkelen.</p> <p>Siden vi også ønsker å fokusere på kunnskaper og holdninger i forhold til organisatoriske forhold. Artikkelen tar godt for seg den organisatoriske delen i postoperativ smertelindring.</p>

Forskningsartikkel 7: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Hjelpdahl Sjøveian, A.K. og Leegaard, M.</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Artikkelens navn: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Norwegian Journal Of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vol.nr: 7</p> <p>Utgave nr: 4</p> <p>Sidetall: 380-387</p>	<p>Studien sin hensikt var å kartlegge hvordan sykepleieren samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandlingen ved Joint Care.</p>	<p>Kvalitativ studie Kirurgi Smerte Sykepleier – pasientforhold Spesialisthelsetjenesten</p>	<p>Utvalg: Fem sykepleiere fra en ortopedisk sengepost. Sykepleiere som deltok i studien hadde et ansiennitetsspenn fra halvannet til sju år ved den aktuelle sengeposten.</p> <p>Datainnsamling: Studien fulgte et kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte dybdeintervjuer. Fem sykepleiere ble invitert og svarte ja til å delta. I intervjusituasjonen kom sykepleierens beskrivelse og forståelse av egen praksis til uttrykk</p> <p>Analyse: Dette er et kvantitativt studie. Det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet.</p>	<p>Resultat: Studien viser at pasientene er tidlig mobilisert etter hofte og kneprotesekirurgi, men at mange rapporterer sterke smerter ved mobilisering andre postoperative dager. Eldre pasienter viser ofte en passiv kommunikasjonsform i smerterapporteringen. Sykepleierne er usikre på om pasientene har tilstrekkelig kunnskap om bruk av «numeric rating scale» som smertekartleggingsverktøy</p> <p>Konklusjon: Studien belyser at akselererte pasientforløp ved protesekirurgi innebærer nye roller med krav til en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient. For videre forskning anbefales kvalitative studier som kartlegger pasienters opplevelse av medvirkning ved akselererte pasientforløp, samt kvantitative studier som kartlegger sykepleieres erfaringer med å anvende smertekartleggingsverktøy.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>I denne artikkelen kommer det godt frem at sykepleierne har store utfordringer i den postoperative smertebehandlingen. Deriblant alder, språk og samarbeidsproblemer med kirurgene. Sykepleierne trenger mer kunnskap om smertekartlegging, hvordan smerte påvirkes av alder og kultur. Samt om mer kunnskap om medikament og virkningsmekanismer.</p>

Forskningsartikkel 8: Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Forfattere: Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Artikkelens navn: Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards</p> <p>Navn på tidsskrift: <i>Scandinavia Journal of Caring Sciences</i></p> <p>Vol.nr: 26 (3)</p> <p>Utgave nr: 3</p> <p>Sidetall: 545-552</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å undersøke holdninger, oppfatninger og selv rapportert kompetanse blant sykepleiere og leger i forhold til postoperativ smertebehandling på kirurgiske avdelinger.</p>	<p>Postoperative pain, Pain management, Attitudes, Beliefs, Competence, Health professionals</p>	<p>Utvalg: Det ble til sammen valgt ut 795 leger (128) og sykepleiere (407) i Norge I ulike kirurgiske avdelinger. Valget ble gjort tilfeldig på våren en uke i 2008. Disse fikk spørreskjemaer.</p> <p>Datainnsamling: Studien er en beskrivende tverrsnitt undersøkelse. Sykehusene ble valgt ut i samarbeid med medlemmer av Norsk Smerte Forening. Geografisk plassering var av stor betydning. Tre av fem sykehus var Universitetssykehus. Spørreundersøkelsen bestod av 3 deler med til sammen 57 spørsmål.</p> <p>Analyse: Dette er en kvalitativ studie. Statistisk analyse og data-håndtering ble utført ved hjelp av SPSS 16. Kategoriske data ble beskrevet ved hjelp av proporsjoner og prosent, imens medianen og intervallene ble brukt for kontinuerlige variabler.</p>	<p>Av 795 spørreundersøkelser ble 537 fullført, to av deltagerne rapporterte ikke deres utdanningsbakgrunn og ble derfor ikke inkludert i analysen.</p> <p>De mest sentrale funnene omhandler det at 95% sykepleierne rapporterte at pasientene på deres avdeling oppnådde tilfredsstillende smertelindring. Både leger og sykepleiere må bli klar over deres ansvar når det gjelder å tilegne seg kunnskap ved å være oppdatert på effektiv postoperativ smertebehandling etter et kirurgisk inngrep. I følge undersøkelsen ble det gjort funn på at det totalt var kun 31% av deltagerne som hadde lav eller grunnleggende forståelse for postoperativ smertelindring og 81% hadde lav eller grunnleggende forståelse for neuropatisk smerte.</p> <p>Det må gjøres endringer som forbedrer grunnleggende utdanning som øker fokus på postoperativ smertebehandling blant helsepersonell ved kirurgiske avdelinger.</p>	<p>Artikkelen har stor relevans for vår oppgave, da vi ønsker å kartlegge hvor mye kunnskap sykepleiere har om smertelindring, samt deres holdninger i forhold til dette.</p> <p>Denne forskningsartikkelen viser til at større andel av sykepleiere ikke har tilfredsstillende kompetanse om postoperativ smertelindring ved en kirurgisk avdeling. Studiet viser også til sykepleiere</p>

Vedlegg 2: Tabell for søkehistorikk

Database	Søkeord/kombinasjoner av søkeord	Treff	Inkludert (e) Artikkel/artikler	Kommentar
Cinahl	S1 «Dihle (AU Author) Håndsök	10	1. The Gap Between saying and doing in postoperative pain management 2. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne	Etter anbefalinger fra sykepleiere på vår praksisplass valgte vi dette søkeordet. Vi vurderte alle treff mot hverandre, og kom frem til at disse artiklene vil hjelpe oss å besvare vår problemstilling.
SveMed+	1 Postoperative smerter 2 Kunnskap 3 1 AND 2	390 413 2	3. Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?	Kombinasjonen med AND resulterte i 2 treff. Vi begrenset videre søke med forskning fra 2010 og fikk 1 treff som vi inkluderte i vår oppgave.
Cinahl	S1 Postoperative pain S2 Knowledge S3 Attitude S4 S1 AND S2 AND S3	13,758 49,552 351,564 68	4. Predictors of nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative pain in Greece 8. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards	Kombinasjonen med AND ga 68 treff, vi begrenset søket videre til forskning fra 2010 og nyere som ga 37 treff. Vi skimlet gjennom alle titlene, og så fort at flere omhandlet enten feil tema eller var fra land utenfor Europa. Vi leste så 5 artikler, hvor vi ekskluderte 3 da vi følte at de hadde feil struktur og fokus som ville gjøre det vanskelig å besvare vår problemstilling. Vi inkluderte to artikler.
Cinahl	S1 Healthcare professionals S2 Postoperative pain S3 S1 AND S2	10, 384 13,758 33	5. Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis.	Etter å ha kombinert med AND begrenset vi søket vårt til forskning fra 2010 og nyere som ga 20 treff, vi begrenset så til «all adult» som ga 11 treff. Vi leste alle artiklene, flere av artiklene hadde feil fokus som kun fokuserte på blant annet smerteskala og noen omhandlet feil tema som diabetes. Vi inkluderte en artikkel.
Cinahl	S1 Nurse (search as keyword) S2 Postoperative pain S3 Knowledge S4 S1 AND S2 AND S3	193,130 13,786 49,425 19	6. “Between rock and hard place”. Newly graduated nurses' assessment of postoperative pain	Av 19 treff var flere av artiklene utenfor Europa. En artikkel var på kinesisk og flere artikler omhandlet barn. Vi skimlet abstraktene på alle 19 artiklene og endte opp med å inkludere én artikkel.
SveMed+	1 Postoperativ smerte 2 Sykepleier 3 1 AND 2	390 4471 15	7. Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?	Vi skimlet gjennom forskningsartiklene, noen hadde pasientperspektiv og noen falt ikke i smak i forhold til struktur og innhold. Vi leste så fem artikler og inkluderte én.

Vedlegg 3: Analyse av artikler			
1. The Gap Between saying and doing in postoperative pain management			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p><i>"some nurses would ask direct questions, such as 'Do you have pain?' or 'How is your pain?' (...)</i> <i>Other nurses asked patients indirect and general questions about their condition, such as 'How are you?' (...)"</i></p> <p>Det kommer frem i studiet at sykepleiere har teoretisk kunnskap om sentrale utfordringer for postoperativ smertelindring slik som: gi preoperativ informasjon, vurdere smerte og behandle smerte med medikamenter som forordnet. MEN de tok ikke denne kunnskapen i bruk i praksis.</p> <p>Det å ikke kunne ta i bruk kunnskap som en innehar teoretisk i praksis virker som en barriere til god postoperativ smertelindring.</p> <p>Informasjon ble sjeldent gitt preoperativt til pasientene. Dette ble kun gjort hvis pasientene selv spurte om dette.</p> <p>Sykepleiere kommuniserte på forskjellige måter med pasientene og det var forskjell hvordan hver og en rettet sin oppmerksomhet på pasientens tegn til smerte. Noen sykepleiere rettet sin oppmerksomhet både mot non-verbale og verbale tegn til smerte.</p>	<p>Det var ingen rutiner for evaluering av smerte på noen av avdelingene.</p> <p>Det virket som at sykepleiere gikk etter kulturen/vanene i forhold til postoperativ smertelindring på deres avdeling der de ikke har brukt seg selv og sine erfaringer.</p> <p>Undervisningsprogram om smerte kan være med på å heve kunnskapen om postoperativ smerte blant sykepleiere.</p>	<p>Sykepleiere selv påstod at de ga informasjon vedrørende smerter og smertelindring postoperativt, men dette ble i praksis visst at ikke stemmer.</p> <p>Smerte evalueringen var usystematisk og utilfredsstillende, selv om sykepleiere selv mente at de evaluerte smerte ved å forhøre seg med pasientene. Sykepleierne var klar over at kartleggingsverktøy kunne være hensiktsmessige dersom de ble brukt riktig.</p> <p>Det ble fremhevet viktigheten av å gi informasjon om kartleggingsverktøy i forkant av kirurgiske inngrep.</p> <p>I dette studiet ble det avslørt at sykepleiere stolte på sin selvbedømmelse, da flere ikke brukte smerteskala for selvrapporing av smerte. De la objektive tegn på smerter til grunn for sin vurdering av smerter.</p>	<p>Sykepleierne mente at de lindret postoperativ smerte ved å kombinere legemidler for sentral og perifert nervesystem. Men i praksis så ga de sjeldent perifere analgetika slik som paracetamol jevnlig.</p> <p>Evaluering av medikament ble kun evaluert hvis det ble gitt intravenøst men ikke i tablett form.</p> <p>Flere ga analgetika før mobilisering, men få observerte effekten av medikamentet og om smerten avtok. MEN det va sykepleiere som oppfordret pasientene til å fortelle om de hadde smerte under mobilisering m.m.</p> <p>Sykepleierne ønsket mer kunnskap om medikamenter.</p>

2. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>Sykepleierens holdninger og kunnskaper er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring, og at det fremdeles eksisterer myter og misoppfatninger om bruk av opioider.</p> <p>Gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger. Det komme frem at de har gode kunnskaper, men har problemer med å praktisere den.</p> <p>Sykepleierne vet at det er pasienten selv som best dømmer egen smerte, allikevel kom det frem at få av sykepleierne tok hensyn til pasientens egen smertevurdering. Sykepleiere har vanskelig for å tro på det pasienten sier.</p> <p>Tilbøyelighet for å ville gi mer morfin til en pasient som viste tegn på smerte, enn til den som smilte.</p>	<p>Alle avdelinger som ivaretar kirurgiske pasienter bør ha rutiner for smertebehandling.</p> <p>Undervisning kombinert med veiledning i reelle pasientsituasjoner kan være hensiktsmessig for å bedre smertelindringen.</p> <p>Sykepleiere ga uttrykk for at de hadde et ønske om å bidra til at det ble en kunnskapsrik kultur på deres avdeling.</p>	<p>Målet er å ikke overskride 3 på NRS-skalaen.</p> <p>Pasientene vurderte egen smerteopplevelse til å være høyere enn det sykepleierne vurderte.</p> <p>Sykepleierne vurderte pasientens smerteopplevelse i lys av atferd og objektive tegn.</p>	<p>Sykepleierne visste at multimodal smertelindring kan gi bedre smertekontroll enn bruk av et enkelt smertestillende legemiddel.</p> <p>Men sykepleierne var redd for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet, det understreker at det fortsatt finnes myter og misoppfatninger om opioider. Det er viktig å vite at behovet for opioider reduseres når smertene avtar. Mindre enn 1% av pasientene får avhengighetsproblemer som følge av smertebehandlingen. De bør forbedre kunnskapen om smertebehandling med opioider.</p> <p>Sykepleierne ga ofte en ineffektiv dose med smertestillende</p>

3. Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>Mangler kunnskap om smerte og smertelindring, og at pasientene fikk tilstrekkelig smertelindring selv om de hadde moderate eller sterke smerter.</p> <p>Pasientens alder sett på som en utfordring. At yngre pasienter trenger mer smertelindring enn eldre. Eldre skeptiske til å ta smertestillende. Pasienter over 65år har krav på like god smertebehandling som yngre pasienten, men effekt og eventuelle bivirkninger må overvåkes ekstra nøye.</p> <p>Sykepleierne opplever at pasientene mangler kunnskap om smerte, de fortrenger smerte, spesielt de eldste. Redd for avhengighet selv om de fikk informasjon flere ganger.</p> <p>Funnene indikerer at sykepleierne har god kunnskap om kommunikasjon med pasientene og vurdering av smerte.</p> <p>Gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger. De får ikke gitt den postoperative smertebehandlingen som pasienten krever, og som de vet han trenger.</p> <p>Holdningene til sykepleierne kan fungere som barriere i smertevurderingen og behandling. Tilpasset informasjon og undervisning i forkant av innleggelse vist seg å ha god effekt.</p>	<p>For dårlig samarbeid mellom kirurger og sykepleiere. Kirurger uenig om behandling med opioider. «Det er noen (av overlegene) som er av den game skolen og synes at, nei, en operasjon skal gjøre vondt.. Det er innimellom litt vanskelig å få gehør for å kunne gi maks smertestillende».</p> <p>Implementering av nye rutiner er tids- og ressurskrevende. Trenger mer støtte fra eksperter på området, som f.eks. intensiv- eller anestesisykepleiere.</p> <p>Dersom smertebehandlingen skal være vellykket må den være tverrfaglig og de ulike yrkesgruppe må være faglig oppdaterte og samarbeide slik at pasientene mottar den beste smertebehandlingen.</p>	<p>Pasientene er veldig individuelle og det er stor forskjell på hvordan de uttrykker smerte, sykepleierne kunne ha vanskeligheter med å tro på pasientens smerteopplevelse.</p> <p>Sykepleierne vurderte pasientens smerteopplevelse til å være lavere, enn det pasienten gjorde.</p> <p>NRS kartlegging en gang per vakt fungerte bra, bruker samme skala som intensivposten.</p> <p>Nytteverdien best når pasienten forstår bruken av den.</p> <p>Hovedproblemet er at mange pasienten ikke forstår skalaen, noen opplevde at de maste om skalaen når det var opplagt at pasienten hadde vondt. Kom tydelig frem at pasientene trenger å lære hvordan skalaene blir brukt. De trenger også å ha en felles forståelse for hva «to» «ni» osv. Betyr.</p> <p>Ha med mer utfyllende data som objektive tegn og emosjonelle smerteuttrykk, for å gi et utfyllende bilde av pasientens smerteopplevelse.</p> <p>Ønsker mer kunnskap om smertekartlegging</p>	<p>Sykepleierne opplevde de ikke hadde tilstrekkelig handlingsrom for å kunne administrere smertestillende etter pasientens behov.</p> <p>Mangler kunnskap om medikamenter og virkningsmekanismer. Sykepleierne ønsket mer kunnskap om ulike analgetika i basis på nyere forskning.</p> <p>De gav ineffektive doser med smertestillende.</p>

4. Predictors of Nurses' knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p><i>"One of the main reasons why patients continue to suffer from postoperative pain is the misconception that nursing personnel, and not the patients, are in control of the existence of patients' pain"</i></p> <p>mangel på kunnskap om smertefysiologi og behandlingsmuligheter har blitt tilskrevet utilstrekkelig opplæring under utdanningen</p> <p>Sykepleiere undervurderer intensiteten av postoperative smerter. Selv om sykepleiere vet at det er kun pasienten som kjenner sin smerte best, undervurderte de denne likevel.</p> <p>Sykepleiere hadde negative holdninger til pasientens uttrykk for smerte.</p> <p>Ofte så mener sykepleiere at pasientene burde forvente smerte uten å bli helt smertefri</p> <p>Holdninger til postoperativ smerte kan være påvirket av personlige egenskaper, da det virker som om mindre empatiske sykepleiere velger å ta kontorarbeid i stedet for å være i kontakt med pasienten selv.</p> <p>Underbehandling av postoperative smerter kan føre til konsekvenser for pasienter slik som nedsatt hosteevne, urinretensjon, søvnproblemer og redusert livskvalitet.</p> <p>Sykepleierens holdninger og kunnskaper er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring.</p>	<p>Sykepleiere som fortsatte med videreutdanning eller deltok på undervisningsprogram om smerte hadde bedre kunnskap og holdninger enn de som ikke gjorde dette.</p> <p>Lite fokus på pasientens postoperative smerte kan ha en sammenheng med avdelingens rutiner: slik som tidspress, lav bemanning, stor arbeidsmengde</p> <p>Det kan fremkomme mer positive holdninger til postoperativ smerte hvis det er et godt tverrfaglig samarbeid på avdelingen, da spesielt med legene</p> <p>et arbeidsmiljø som oppmuntrer til deltagelse i smertelindring med støtte fra ledelsen vil hjelpe sykepleiere til å tilegne seg klinisk kunnskap.</p> <p>Sykepleiere har et ønske om å bidra til at det blir en kunnskapsrik kultur på deres avdeling.</p>		<p>Identifiserte områder i forhold til mangel på kunnskap omfatter i hovedsak virkning av analgetika og avhengighetsrisiko: sykepleiere hadde en frykt eller angst for å administrere disse. Altså en misoppfatning av analgetika.</p> <p>Sykepleiere hadde negative holdninger til administrasjon av analgetika. Vanskelig for å tro på pasienten.</p> <p>Flere sykepleiere svarte feil på spørsmål vedrørende administrering av blant annet morfin.</p> <p>Hvor de heller velger å stole på personlig vurdering og objektive data (blodtrykk, respirasjon m.m.). Vurderte også pasientene ut i fra atferd og emosjonelle smerteuttrykk i tillegg.</p> <p>Det ble gitt ineffektive doser med smertelindring.</p>

5. Healthcare professionals' description of care experiences and actions when assessing postoperative pain- a critical incident technique analysis			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>Flere sykepleiere gikk etter magesfølelsen når de ønsket å se etter smerte.</p> <p>Ved observasjoner på smerte så sykepleierne i hovedsak på hvordan pasienten så ut.</p> <p>Holdninger og kunnskap er viktige faktorer som kan hindre god smertelindring.</p>	<p>Kontinuiteten av omsorg var påvirket av sykepleierens planlegging. De som hadde samme pasient mer enn 1 dag, hadde økt kunnskap om pasientens personlighet og smertehistorikk.</p> <p>Nok tid i utførelse av sykepleie økte sjansen for at pasienten kunne gjøre seg forstått. I motsetning til hvis sykepleieren følte på tidspress og fikk dermed ikke nok tid med pasienten og til å høre på en. Stor arbeidsbelastning førte til mangelfull sykepleie.</p> <p>Runder på sengeposten og vakt bytte var et forum for rapportering og diskusjoner angående pasientens smerte. Sykepleiere fant stor støtte i smerte spesialister og anestesisykepleiere.</p> <p>Kunnskap og rutiner påvirker kvaliteten på smertebehandling, sykepleierne ønsket en kunnskapsrik kultur på avdelingen.</p> <p>Sykepleiere ser på tverrfaglig samarbeid som et viktig verktøy for å kunne utveksle og anskaffe seg nye kunnskaper.</p> <p>Tverrfaglig samarbeid bedrer kvaliteten på helsetjenester når kommunikasjonen og forhold mellom personalet er bra. Et vell fungerende samarbeid og kontinuitet på avdeling fører til økt kunnskap mellom ulike faggrupper i arbeidshverdagen.</p>	<p>Sykepleiere mente det var lettere å forstå pasientens smerte når de kombinerte smerteskala sammen med kroppsspråk og hva pasienten følte.</p> <p>Når smerteskala ikke var i samstemning med kliniske tegn prøvde de å få pasienten til å sette ord på smerten, fordi sykepleierne hadde vanker med å tro på pasienten.</p> <p>NRS kan vær et godt verktøy i evaluering av pasientens smerte, dersom den ble brukt riktig. Kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren var tilfredsstillende når pasienten kunne bruke smerteskala og dermed sette ord på sin smerte.</p> <p>Helsepersonell har ikke funnet en god løsning på å bruke smerteskala på en strukturert måte, de er for dårlig til å forstå betydningen av verktøyet.</p> <p>Det var til tider vanskelig både for pasientene og sykepleiere å ta i bruk smerteskala, noe som understreker behovet for bevissthet rundt mulige forskjeller i tolkning av smerte skalaer.</p> <p>Ferdigheter i kommunikasjon og observasjon av behandling trengs for å sikre en felles forståelse av pasientens smerter.</p>	<p>Sykepleiere observerte bivirkninger av analgetika.</p> <p>Tegn på kvalme, bedøvelse, respiratorisk depresjon var de største bekymringene i forhold til administrasjon av analgetika.</p> <p>Sykepleiere hadde behov for å forstå pasientens smerte før de kunne administrere analgetika.</p> <p>Analgetika ble administrert til pasienter med høye verdier på smerteskala, selv om de av og til mente at de kan klare seg gjennom smerten selv.</p> <p>Pasientene var redde for bivirkninger av analgetika, og hadde derfor sine tvil.</p>

6. Mellom barken og veden – Nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>«Det er individuelt, for noen pasienter har ikke smerter. De som har smerter blir ikke tatt på alvor. Av oss blir de tatt på alvor, men vi får ikke hjelp videre».</p> <p>Kunnskap og holdninger kan være faktorer som hindrer god smertelindring.</p> <p>Generell kunnskap fra utdanning, liten faglig tyngde i møte med spesialiserte avdelinger.</p> <p>Savner dypere diskusjoner og refleksjoner rundt konkrete pasientsituasjoner.</p> <p>Misoppfatning blant kirurger og annet helsepersonell når det gjelder postoperative smerters varighet og intensitet etter kirurgi.</p>	<p>Avdelingens rutiner og kultur har stor betydning for den enkelte sykepleierens vurdering og håndtering av postoperativ smerte, sykepleierne ønsket å bidra til en kunnskapsrik kultur på deres avdeling.</p> <p>Det er lite fastsatte ruiner på hvordan de vurderer smerter. Det er egentlig opp til hver enkelt sykepleier. Hva man plukker opp.</p> <p>Sykepleiere opplevde at de ofte kom i konflikt med kirurger angående pasientenes smerte; «Jeg syntes ofte man står mellom barken og veden. Du prøver å snakke pasientens sak, men så får det ikke inn fordi de har sin oppfatning». Kirurger tror ikke pasienten har smerter etter visse inngrep, spesielt i situasjoner hvor enn ikke kunne observere objektive tegn.</p> <p>«Jeg synes det vanskeligste ved postoperativ smertevurdering er samarbeidsproblemer mellom lege og sykepleier.. Det er litt slitsomt at du må alltid diskutere og argumentere og krangle deg til noe.. Du føler du gjør at pasienten blir liggende en dag lenger.. Det er vi som står 8 timer i løpet av en dag og ser at pasientene har det vondt og så får vi ikke lov å gi smertestillende fordi de mener at man ikke skal ha så vondt. Det skjer daglig».</p> <p>Tverrfaglige samarbeidspartnere både som ressurser og barrierer for vurdering av pasientens postoperative smerte. Felles smerteforståelse og felles mål for smertebehandlingen med utgangspunkt i pasientens subjektive beskrivelse.</p> <p>Savnet diskusjoner og faglige oppdateringer. Sykepleiepraksis er dypt kulturelt forankret i avdelingen gjennom «Slik gjør vi det her».</p> <p>Sykepleiere fungerer som talspersoner i det tverrfaglige teamet.</p>	<p>Sykepleierne legger primært objektive tegn som stigning i puls og blodtrykk, eller pasienttypologi til grunn for sin vurdering. Medføre undervurdering av smerten slik den oppleves av pasienten selv.</p> <p>Observerte uttrykk som emosjonelle smerteuttrykk.</p> <p>Delte meninger om kartleggingsverktøy; Noen synes det er godt egnet ved mobilisering og i ro, og i revurdering etter adm. Av analgetika. Andre brukte ikke NRS ettersom de har erfart at pasientene ikke forstår bruken.</p> <p>Vektla sterk subjektiv vurdering av hver enkelt pasient som grunnlag for vurdering, slik de lærte i utdanningen.</p> <p>Erfaring er ikke alene tilstrekkelig for å endre holdninger og kvalitetssikre vurderingen.</p>	<p>Utgangspunktet for administrasjon av medikament og dose, er sykepleierens vurdering av smertens lokalisasjon og intensitet.</p> <p>Sykepleiere gir kun 47% av ordinær dose ved postoperative smerter.</p> <p>Sykepleierne har fortsatt endel misoppfatninger ved bruk av analgetika, og ønsker mer kunnskap virkningsmekanismer til medikamentene.</p>

7. Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>Pasientene har lite kunnskap om smerter.</p> <p>Eldre pasienter over 65 år opplever intensiteten i akutte smerter i like stor grad som yngre. Eldre er skeptiske til smertestillende. Sykepleierens kunnskap om eldres smertefysiologi er sentral for å forstå hvilke vurderinger og tiltak som iverksettes.</p> <p>Barrierer for effektiv smertelindring er misoppfatninger og holdninger hos både pasienten og sykepleierne.</p> <p>Pasientene har et behov for informasjon preoperativt, dette kan fremme pasientmedvirkning.</p>	<p>Tett samarbeid mellom kirurger, anestesipersonell, sykepleiere og fysioterapeuter har stor betydning for optimal smertebehandling.</p> <p>Barrierer for effektiv smertelindring kan ligge i oppfatninger og holdninger hos pasienter og sykepleiere, samt sykepleierens strukturering av arbeidstiden.</p> <p>Dårlig samarbeid med fysioterapeuten, og at pasienten også må inkluderes i behandlingen.</p>	<p>Sykepleieren informerer om forventet postoperativ smerte og bruk av NRS. Samt at målet med NRS er å ikke overskride 3 i hvile. God dialog med pasienten for å avklare en felles forståelse av hvordan smerten kan kartlegges.</p> <p>Pasientmedvirkning sentralt, da pasientene har rett til å delta i beslutninger vedrørende egen helse og behandling.</p> <p>Bruker kun NRS ved behovsmedisinering.</p> <p>Usikre på om pasientene forsto bruken av skalaene. Sykepleierne hadde vanskeligheter med å tro på pasienten når de anga NRS-verdi på mellom 6 og 8, men samtidig kunne sitte og lese, spise, le og snakke eller ha normalt BT og puls. Andre poengterte viktigheten av å ha god dialog med pasienten ved høy NRS verdi, fordi noen pasienter velger fysiske avledningsstrategier.</p> <p>NRS-verdi på mellom 8 og 10, oppfordret de til å angi pasientens karakter i tillegg.</p> <p>Eldre pasienter problemer med å tallfeste sin smerte, og ved sterke smerte kunne pasienten bli ukonsentrert.</p> <p>Vanskelig å tolke de ulike NRS-nivåene pasienten angir, men er nyttig hjelpemiddel til å evaluere effekt av analgetika.</p>	<p>Pasientene tar det de får, samme hva det er. Pasientene var flink til å rapportere om smerte, som gjorde at sykepleieren lettere kunne vurdere effekt av medikamenter. De mente dette var en konsekvens av preoperativ undervisning.</p>

8. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards			
Sykepleierens kunnskap og holdninger om:			
Postoperativ smertefysiologi	Organisatorisk kompetanse	Kartleggingsverktøy	Medikamenthåndtering
<p>Under behandling av postoperative smerter kan føre til konsekvenser for pasienter slik som søvnproblemer og redusert livskvalitet og langsommere rehabilitering.</p> <p>57% av sykepleiere rapporterte at de evaluerte smerte veldig ofte for å gi beste behandlingen.</p> <p>Over halvparten av sykepleiere rapporterer at de var interessert i å tilby bedre behandling.</p> <p>Sykepleiere er de som observerer pasienten mest og er derfor nærmest pasienten.</p> <p>Sykepleiere ga uttrykk for at de prioriterte de pasientene som spurte om smertestillende fremfor de som ikke gjorde det.</p> <p>Sykepleiere rapporterte at de hadde lav kompetanse når det gjaldt nociceptive og nevropatisk smerte.</p>	<p>Sykepleiere var mest fornøyd med prosedyrer for etablering av kontaktperson for smerte på avdeling med særskilt ansvar for kunnskap om smertestillende.</p> <p>Det kommer frem at flertallet av sykepleiere er misfornøyd med den årlige oppdateringen på kunnskap for personalet. Forskning påpeker at det er behov for oppfriskning i smertebehandlingen.</p> <p>Undervisningsprogram har visst seg å øke kunnskap om smerte og dokumentasjon blant sykepleiere. Sykepleiere som deltok på undervisningsprogram om post-operative smerter skåret mer på kunnskap om postoperativ smerte enn de som ikke deltok</p> <p>Kunnskap og erfaring blant sykepleiere bør integreres i kulturen på arbeidsplassen for at de skal kunne tilegne seg gode holdninger, ferdigheter og atferdsmønstre for å forbedre klinisk smerte praksis. Dette er en utfordring for ledere på alle sykehus og de mest umiddelbare løsningene for å forbedre kvaliteten på smertebehandlingen kan være på organisasjonsnivå</p> <p>Avdelingens rutiner og kultur har også stor betydning for den enkelte sykepleierens vurdering og håndtering av postoperativ smerte.</p> <p>Sykepleiere må være bevisst deres ansvar til å oppdatere deres kunnskap om effektiv smertelindring etter kirurgi.</p> <p>Sykepleier ønsker å bidra til at det blir en kunnskapsrik kultur på deres avdeling.</p>		<p>Det var derimot flere sykepleiere rapporterte at de følte seg kompetente i forhold til pasientens totale smerte erfaring.</p> <p>86% av sykepleiere rapporterte at deres pasienter ofte eller veldig ofte oppnådde tilfredsstillende smertebehandling på deres avdeling. Dette står i kontrast med de siste studiene som er gjennomført både på landsbasis og i resten av verden, som sier at den postoperative smerten til pasientene ikke har minket noe særlig de siste årene. Det at så mange sykepleiere er tilfredsstillt med smertelindringen på sin avdeling når smerte sees ofte på som et stort problem blant kirurgiske pasienter kan tyde på at de undervurderer pasientens smerte.</p> <p>Pasienten vurderte ofte egen smerteopplevelse høyere enn det sykepleierne vurderte.</p>

Vedlegg 4: Sammenligning av resultat			
Kunnskaper og holdninger om smerter	Organisatorisk kompetanse	Administrering og evaluering av smertestillende	
<p>- Gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handlinger: 1, 2, 3</p> <p>Lite kunnskap: 3, 4, 5, 7</p> <p>Gode kunnskaper: 3</p> <p>Alder som en utfordring: 3, 7</p> <p>Tillit til pasienten: 6</p> <p>Ikke tillit til pasienten: 2, 4, 3, 7</p> <p>Positive holdninger: 8</p> <p>Negative holdninger: 4</p>	<p>Kultur og rutiner på avdelinger: 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8</p> <p>Tverrfaglig samarbeid: 3, 4, 5, 6, 7, 8</p> <p>Undervisning: 1, 2, 3, 4, 8</p> <p>Utdanning: 6, 4</p>	<p><i>Medikamenthåndtering</i></p> <p>Lite kunnskap: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8</p> <p>Positive holdninger: 8</p> <p>Negative holdninger: 1, 2, 4, 6</p> <p>Myter og misoppfatninger: 2, 4, 5, 6</p>	<p><i>Kartleggingsverktøy</i></p> <p>Positive holdninger: 3, 5, 6, 7</p> <p>Negative holdninger: 1,2, 3, 6</p> <p>Lite kunnskap: 1,2, 3, 5, 6, 8</p> <p>God kunnskap: 7</p> <p>Objektive tegn: 1, 3, 4, 5, 6, 7</p> <p>Emosjonelle uttrykk for smerte: 2 6, 3, 5</p> <p>Pasient forståelse: 3, 5, 6, 7</p>