

Anonym

Hvordan kan sykepleier bidra til bedre postoperativ smertelindring gjennom bedre tilpasset informasjon til kirurgiske pasienter?

Litteraturbachelor
Antall ord: 6628

Bacheloroppgave i sykepleie kull 2018
Mai 2021

Anonym

Hvordan kan sykepleier bidra til bedre postoperativ smertelindring gjennom bedre tilpasset informasjon til kirurgiske pasienter?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6628

Bacheloroppgave i sykepleie kull 2018

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Norwegian University of
Science and Technology

Sammendrag

Bakgrunn

Formålet med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier kunne oppnå bedre postoperativ smertelindring gjennom å tilpasse innhold, form og tidspunktet på informasjonen som ble gitt til pasienten.

Metode

Systematisk litteraturstudie, hvor ni forskningsartikler innhentet og analysert gjennom søk i databasene Cinahl og Oria i perioden 02.03.21-16.05.21, med unntak av to søk gjort i 2019. I tillegg ble det inkludert litteratur om smerte og smertebehandling.

Resultat

Mangelfull kunnskap hos pasienter og sykepleiere når det gjelder smerte og smertebehandling utgjorde en barriere til tilstrekkelig smertelindring. Studiene viste likevel at økt kunnskap hos kirurgiske pasienter ofte bidro til bedre postoperativ smertelindring. Informasjonsformen og tidspunktet informasjonen ble gitt på, ble også trukket frem som viktig. Pasientene i studiene både forsto og husket informasjonen bedre dersom den ble gitt både pre- og postoperativt, og dersom sykepleier benyttet flere informasjonsformer, for eksempel både skriftlig og muntlig informasjon.

Konklusjon

Pasienter kan oppnå bedre postoperativ smertelindring dersom sykepleier kartlegger pasientens mulige barrierer til smerter og smertebehandling, for eksempel negative holdninger til smertestillende medikamenter, og tilpasser informasjonen til pasientens behov, gjentar informasjonen og kombinere flere informasjonsformer.

Nøkkelord

«Postoperativ smerte», «medikamentell smertebehandling», «informasjon», «postoperativ smertelindring», «Kirurgiske pasienter».

Innhold

1.	Innledning.....	3
1.1.	Introduksjon av tema	3
1.2.	Teori.....	3
1.2.1.	Smerte	3
1.2.2.	Kartleggingsverktøy	4
1.2.3.	Ikke-opioide analgetika.....	5
1.2.4.	Opioider.....	5
1.2.5.	Krav til sykepleierutøvelse og pasientrettigheter	6
1.3.	Hensikt og problemstilling	7
2.	Metode	8
2.1.	Beskrivelse av metode	8
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.2.1.	Inklusjonskriterier	8
2.2.2.	Eksklusjonskriterier	8
2.3.	Søkestrategi	8
2.3.1.	Søketabell	9
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	11
2.5.	Analyse.....	11
3.	Resultater	12
3.1.	Artikkelmatriser	12
3.2.	Tematisk inndeling av resultat	17
3.2.1.	Barrierer til god smertelindring	17
3.2.2.	Informasjonens innhold	18
3.2.3.	Hensiktsmessig tidspunkt for informasjon	18
3.2.4.	Informasjonens form	19
4.	Diskusjon	20
4.1.	Barrierer til god smertelindring	20
4.2.	Informasjonens innhold.....	21
4.3.	Hensiktsmessig tidspunkt for informasjon.....	22
4.4.	Informasjonens form	23
4.5.	Styrker og svakheter ved litteraturstudien:	24
4.6.	Konklusjon	25
	Referanser.....	26

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

I løpet av de siste 30 årene er behandlingen av smerte blitt betydelig bedre. Til tross for økt kunnskap om akutt smerte og smertefysiologi, farmakologiske og tekniske fremskritt, viser likevel flere studier at behandlingen av postoperative smerter er noe mangelfull (Fletcher, Fermanian, Mardaye, Aegerter, 2008; Sommer, de Rijke, van Kleef, Kessels, Peters, Geurts, Gramke, & Marcus, 2008). Studier viser at to tredjedeler av postoperative pasienter opplever postoperative smerter, hvorav mange har moderate til intense smerter (Fredheim, Kvarstein, Undall, Stubhaug, Rustøen & Borchgrevink, 2011). Inadekvat smertebehandling innebærer konsekvenser for enkeltpersonen i form av fysisk ubehag og redusert livskvalitet, psykiske belastninger, som uro og angst, redusert funksjon og forsinket tilheling, samt risiko for utvikling av kroniske smerter. Likedan kan ubehandlede smerter få konsekvenser på samfunnsnivå, blant annet gjennom økte helsekostnader og at smerter innebærer forsinket retur til arbeidslivet (Breivik, 2014). Sykepleiere er den yrkesgruppen som tilbringer mest tid med pasienten, og har derfor en nøkkelrolle i arbeidet med å sørge for tilstrekkelig smertelindring.

I kirurgisk praksis observerte jeg situasjoner med dårlig og/eller mangelfull kommunikasjon mellom sykepleier og pasient rundt kartlegging og behandling av smerter. For eksempel forventet sykepleier at pasienten skulle rapportere om eventuelle smerter, mens pasienten ventet at sykepleier skulle spørre dem om smerter. Informasjon til pasienten er nødvendig for et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten rundt postoperativ smertelindring, derfor er det naturlig å se på hvilke områder sykepleieren kan søke forbedring (Danielsen, Berntzen, Almås, 2016).

1.2. Teori

1.2.1. Smerte

Ifølge Margo McCafferys definisjon er smerte «det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCaffery & Beebe, 1996, s.18). Videre definerer International Association for the Study of Pain smerte som en «ubehagelig, sensorisk eller emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsskade» (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.25). Jeg har valgt å inkludere disse definisjonene av smerte i litteraturstudien, da de begge beskriver smerte som en subjektiv opplevelse, samtidig som de underbygger det faktum at smerte er en kompleks opplevelse som rommer flere dimensjoner enn kun vevsødeleggelse.

Postoperative smerter er betegnelsen på smerter i forbindelse med kirurgi (Wøien & Strand, 2008). All kirurgi vil medføre vevstraume som utløser smerte (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Eide, 2016). Postoperative smerter deles ofte inn i grunnsmerter og gjennombruddssmerter. Grunnsmerter er de smertene som beregnes som konstante i etterkant av vevstraume som følge av et kirurgisk inngrep. Gjennombruddssmerter er derimot beskrevet som smertetopper som oppstår dersom pasienten gjør brå bevegelser, for eksempel når pasienten skal endre fra liggende til

sittende stilling. Dette kan øke behovet for ekstra smertestillende utover basisbehandlingen (Wøien & Strand, 2008).

Det er flere faktorer som spiller inn på smerteopplevelsen og hvor godt pasienten tolererer smerten (Danielsen et al., 2016). Faktorene kan være forsterkende eller modererende, og avhenge av eventuell sykdomstilstand og prognose, alder, kultur, tidligere erfaringer og forventninger. Psykososiale forhold med hensyn til forutsetninger for smertehåndtering som angst, stress, depresjon og sosiale relasjoner vil også kunne påvirke smerteopplevelsen. Smerte er altså svært sammensatt, noe som betyr at det ikke nødvendigvis er kongruens mellom den medisinske årsaken til smertene og smerten pasienten opplever (Rosseland & Stubhaug, 2004).

Konsekvensene av postoperative smerter kan deles inn i tre grupper, etter hvilke kroppslige funksjoner som blir påvirket. (1) Smerte kan få negative innvirkninger på kroppens kardiovaskulære funksjoner, der utfallet kan være økt hjertefrekvens, iskemi til hjertet og blodproppdannelse på grunn av blant annet nedsatt mobilisering. (2) Ettersom smerte kan føre til at pasienten ikke klarer å hoste, eller utvide lungene tilstrekkelig under ventilasjon, kan det få konsekvenser for kroppens pulmonære funksjoner. Resultatet kan være nedsatt gassutveksling, atelektaser, pneumoni og hypoksemi. (3) Videre kan postoperative smerter gi dårligere funksjon av immunsystemet, tregere metabolske prosesser og endokrine dysfunksjoner. Utilstrekkelig smertelindring kan være svært avgjørende for hvor fort pasienten kommer seg etter et kirurgisk inngrep. Det mange ikke er klar over, er risikoen for kroniske smerter. Postoperative smerter som fortsatt er til stede etter 4-6 uker, kan utvikle seg til å bli kroniske (Wøien og Strand, 2008).

I og med at postoperative smerter kan gi negative konsekvenser for pasienten, er det viktig at pasienten er tilstrekkelig smertelindret. Tilstrekkelig smertelindring anses som oppnådd når pasienten kan puste dypt, hoste, mobiliseres og delta i fysioterapi, i tillegg til å få ordentlig søvn og hvile (Hinkle & Cheever, 2014). En annen standard beskrivelse er en subjektiv pasientrapportert score under 3, på numeric rating scale (NRS) (Fredheim et al., 2011). For å få til dette er det nødvendig med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Andre viktige sykepleiertiltak i møtet med postoperative smerter er observasjon, kartlegging, vurdering og dokumentasjon (Danielsen et al., 2016). Akutte smerter kan observeres indirekte av sykepleieren gjennom fysiologiske tegn, som økt puls og svetting og gjennom pasientens atferdsmessige reaksjoner, som grimaser og gråt (Danielsen et al., 2016). Pasientens egenrapportering av smerter er imidlertid å beregne som gullstandarden for vurdering av smerter og bør vektlegges mest i sykepleiers vurdering (van Dijk, Vervoort, van Wijck, Kalkman & Schuurmans, 2015b).

1.2.2. Kartleggingsverktøy

For at pasienten skal oppnå tilstrekkelig smertelindring, må smerten kartlegges, dokumenteres og vurderes systematisk av sykepleier flere ganger i løpet av en vakt (Danielsen et al., 2016). Det er anbefalt at sykepleier kartlegger smerter før og etter at pasienten får medikamentell behandling, for å vurdere effekten av den smertestillende behandlingen. Opplevelsen av smerte er en svært individuell erfaring, derfor bør kartleggingen legge mindre vekt på sykepleiers individuelle holdninger og oppfatninger, siden disse ikke nødvendigvis samsvarer med pasientens smerteopplevelse. Det finnes

flere hjelpemidler til å kartlegge smerte, som bruk av spørreskjemaer og skalaer der pasient graderer smerten han opplever (Danielsen et al., 2016).

Smertevurderingsskjemaer og -skalaer kan deles inn i to grupper: endimensjonale og flerdimensjonale. Visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS) og verbal Rating Scale/verbal skala (VRS) er eksempler på endimensjonale verktøy som måler smerteintensiteten pasienten opplever. Flerdimensjonale skalaer som McGill Pain Questionnaire er et smerteskjema som derimot måler både smerteintensitet og hvordan smerte påvirker pasienten (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

Videre må sykepleier også velge kartleggingsverktøy tilpasset pasienten. Litteraturstudien omhandler voksne kirurgiske pasienter over 18 år, derfor vil kartleggingsverktøy som ansiktsskalaer og andre verktøy til bruk på pediatriske pasienter, barn eller pasienter som er kognitivt svekket, ikke inkluderes i litteraturstudien.

1.2.3. Ikke-opioide analgetika

Postoperativ smertebehandling består av både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. I denne litteraturstudien velger jeg å fokusere på den medikamentelle behandlingen med hensyn til oppgavens omfang.

I den postoperative fasen tar man sikte på en multimodal smertelindring, noe som innebærer at man angriper smerten fra flere hold, med ulike teknikker og legemidler med ulike egenskaper (Danielsen et al., 2016). Fordelen med bruk av ikke-opioide analgetika er at man reduserer behovet for opioider, og dermed også risikoen for negative effektene som kan oppstå ved opioidbruk. En multimodal tilnærming innebærer at pasienten inntar lavere doser av flere ulike legemidler, over en kortest mulig periode. Gevinsten med en slik tilnærming er at risikoen for bivirkninger og overdosering blir lavere (Danielsen et al., 2016).

Paracetamol og ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs) brukes ofte i kombinasjon ved akutte smerter med liten til moderat intensitet. Medikamentet glukokortikoider, som er et steroid, brukes også forebyggende ved noen tilfeller av akutt smerte. Ved større smerter er det vanlig å kombinere disse med opioider. Disse medikamentene kan ha flere administrasjonsformer, blant annet peroral og/eller intravenøs administrasjon (Danielsen et al., 2016).

Disse medikamentene kan gi bivirkninger. Risikoen er størst ved langvarig bruk, høye doser og økende alder. Av den grunn er det viktig å gjøre en vurdering av pasientens alder og underliggende sykdommer. Risikoen for bivirkninger er likevel lav ved bruk i en kortere periode og med riktig dosering (Wyller, 2019).

1.2.4. Opioider

Opioider er en gruppe smertestillende som er mye brukt etter kirurgiske inngrep. Det finnes både svake og sterke opioider; henholdsvis kodein, dekstropropoksyfen og tramadol, i tillegg til morfin, metadon, petidin, oksykodon og fentanyl (Den norske legeforening, 2009). Opioider virker ved å feste seg til ulike typer opioidreseptorer i hjernen som er å finne på overflaten av opioidsensitive nevroner (Kosten & George, 2002).

Langvarig bruk av opioider medfører en risiko for toleranseutvikling. Toleranseutvikling innebærer at det er behov for høyere doser og/eller hyppigere doser for å få samme effekt av opioidet. Denne utviklingen skjer som konsekvens av at opioidreseptorer blir mindre følsomme for opioider etter lengre bruk (Mørland & Waal, 2016). Det er likevel ikke slik at man vil ha redusert følsomhet for opioider for alltid. Dersom man slutter å innta opioider, vil opioidreseptorenes følsomhet reverseres til tilstanden før inntaket av opioider innen få dager eller uker (Bukten, Stavseth, Skurtveit, Tverdal, Strang & Clausen, 2017)

Abstinenssymptomer oppstår når opioidreseptorer i hjernen fortsetter å bli eksponert for stadig økte doser av opioider, noe som resulterer i at hjernen vil fungere normalt når opioider er til stede i blodet og unormalt når de ikke er det. Som konsekvens reagerer kroppen fysisk og psykisk på fraværet av opiatet, og resultatet er abstinenssymptomer (Kosten & George, 2002). Problemet oppstår imidlertid når konsentrasjonen av opioider i blodet synker, for eksempel ved nedtrapping eller seponering. Resultatet kan være abstinenssymptomer, som angst, muskelkramper, diaré, nedstemthet og redusert glede (Kosten & George, 2002). Disse symptomene kan oppleves ubehagelige og skremmende for pasienten, de varer kun en kort periode, om lag 3-10 dager, avhengig av man har brukt svake eller sterke opioider, og hvor lang periode man har inntatt legemidlene (Sigmon, Bisaga, Nunes, O'connor, Kosten & Woody, 2012)

Opioider er avhengighetsskapende, og mange er derfor skeptiske til denne legemiddelgruppen. Avhengighet kjennetegnes av en sterk lyst til å innta stoffet og vanskeligheter med å kontrollere eget bruk av det (Kosten & George, 2002). Videre kan pasienten oppleve kognitive og fysiologiske endringer i kroppen som følge av bruk av stoffet, disse endringene er beskrevet i avsnittet ovenfor. Avhengighet ved bruk av opioider er likevel relativt lav hvis det anvendes mot akutte og sterke smerter. Årsaken til dette er at pasienten vil merke lite til de avhengighetsskapende effektene av opiatet, som rus, opplevelse av eufori, velvære og sløvhet, siden den smertestillende virkningen vil dominere (Mørland & Waal, 2016).

Risikoen for å bli avhengig av opioider er blant annet avhengig av hvor lang periode pasienten er blitt medisineret. Det er anslått at utviklingen av avhengighet er til stede ved behandling av svake opioider i mer enn 2-4 uker. Ved døgnkontinuerlige doser forventes likevel samme type bivirkninger og risiko for sterke og svake opioider (Den norske legeforening, 2009; Breivik, 2014). Dersom man utvikler avhengighet, er tilstanden reversibel, og det er tilgang på både medikamentell -og ikke-medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2017).

1.2.5. Krav til sykepleierutøvelse og pasientrettigheter

Det følger av lov om helsepersonell §4 at sykepleiere skal yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (helsepersonelloven, 1999). I de yrkesetiske retningslinjene som gjelder for sykepleiere, har de også ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og yte omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Det framkommer av disse retningslinjene at sykepleiere har ansvar for å være faglig oppdatert og basere egen praksis på forskning og annen dokumentert praksis, erfaringer og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pasientens rett til informasjon står både nedfelt i helsepersonelloven §10 og i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven,

1999). Informasjonen skal gi pasienten innsikt i egen helsetilstand og helsehjelpen som gis, som også inkluderer mulige risikoer og bivirkninger som følge av behandlingen. Videre stilles det krav til informasjonens form i §3-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleier har her ansvar for å tilpasse informasjonen som blir gitt etter pasientens individuelle forutsetninger. Samtidig skal sykepleier sørge for at informasjonen blir gitt på en hensynsfull måte, og forsikre seg om at informasjonen er forstått av pasienten. Hensikten med informasjon er å fremme pasientens mulighet til å ivareta egne rettigheter og medvirke i gjennomføring av helse og omsorgstjenester, jf. §3-1 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

1.3. Hensikt og problemstilling

God og tilstrekkelig informasjon til pasienten er en pasientrettighet og en plikt som sykepleiere er pålagt til (helsepersonelloven, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Til tross for dette fremkommer det av forskning at det foreligger mangler i sykepleiers håndtering og forebygging av postoperativ smerte. Blant dem er inadekvat informasjon til pasienter om postoperativ smerte og smertebehandling. Hensikten med litteraturstudien er derfor å belyse mangler i dagens sykepleieutøvelse, samt undersøke hvordan bedre tilpasset informasjon til pasienter kan bidra til bedre postoperativ smertelindring. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til bedre postoperativ smertelindring gjennom bedre tilpasset informasjon til kirurgiske pasienter?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Metoden er en litteraturstudie, der forskning er innhentet systematisk fra skriftlige primærkilder. I tillegg til forskning er teori innhentet fra pensumlitteratur fra alle tre studieår, samt annen relevant teori om smerte og postoperativ smerte.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

2.2.1. Inklusjonskriterier

- Artikler som er relevante for problemstillingen: Artiklene som omhandler kirurgiske pasienter innlagt på sykehus, postoperativ smertelindring, informasjon til pasienten i det pre- og/eller postoperative forløpet eller tematikk som kan påvirke hvor god informasjon kirurgiske pasienter får i den pre- og postoperative fasen.
- Artiklene skal ha en IMRAD-struktur.
- Artiklene skal være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk, for egen forståelse av fagstoffet.
- Artiklene skal være fagfellevurdert, slik at jeg er sikker på at forskningen oppfyller strenge kvalitetskrav.
- Den inkluderte pasientgruppen i studiene er over 18 år.
- Artikler med overførbarhet til norske forhold.

2.2.2. Eksklusjonskriterier

- Artikler som ikke er relevant for problemstillingen. Det vil si artikler som ikke handler om kirurgiske pasienter, smerter, informasjon eller tematikk som er relevant for bedring av informasjonspraksis eller tar for seg behandling etter utskrivelse.
- Utelukke pasienter med kognitiv svikt og pasienter under 18 år. Bakgrunnen for eksklusjon er at disse pasientgruppene vil kreve en annen tilnærming med hensyn til informasjon, og dermed et annet perspektiv på litteraturstudien.
- Artikler som omhandler ikke-medikamentell smertelindring.

2.3. Søkestrategi

Strukturerte søk ble gjort i databasene Cinahl og Oria, og foregikk i perioden 02.03.21-16.05.21, med unntak av to søk som ble gjort i forbindelse med en studieoppgave om smerter i 2019.

Forskning ble innhentet gjennom å benytte Fosberg og Wengströms (2008) seks trinn i litteratursøk. Trinn 1 handler om å identifisere et interesseområde og definere søkeord. I trinn 2 skal man utarbeide kriterier som skal avgrense søket, slik at det blir enklere å velge hvilke studier som skal inkluderes. Trinn 3 omfatter søk i egnede databaser. Trinn 4 beskriver muligheten for fritekstsøk. I trinn 5 skal man gjøre et første utvalg av artikler

ved å velge litteratur med relevante titler og abstrakt. Avslutningsvis skal man i trinn 6 lese artiklene som en helhet, og deretter foreta en kvalitetsvurdering (Forsberg & Wengström, 2008).

Ved strukturelle søk ble ni artikler benyttet fra databasene Cinahl og Oria, der nøkkelbegreper som «surgical patients», «postoperative pain», «information», «preoperative information» og «pain management» ble benyttet.

Cinahl ble valgt fordi den spesialiserer seg på forskning som er relevant for sykepleie og Oria fordi jeg synes den er oversiktlig og enkel å bruke.

2.3.1.Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Oria	10.12.19	S1.	Fritekstsøk: «Postoperative smerter hos pasienter innlagt på norske sykehus»	2011 Originalartikkel	9	A
Cinahl	10.12.19	S2.	«adult surgical patients» AND «information» AND «pain management»	Peer review 2009-2019	115 319	B
Cinahl	23.03.21	S3	Fritekstsøk: «Effect of video education on pain relief»	Peer review 2001-2021	9677	C
Cinahl	15.04.21	S4.	«surgical patients» AND «written information» AND «effect on postoperative pain»	Peer review 2011-2021	93 512	D, E
Cinahl	08.05.21	S5	«pain education» OR «patient education», OR «postoperative pain» OR «pain management», AND «knowledge» OR «education» OR «understanding» OR awareness»	Peer review 2011-2021	1689	F
Cinahl	09.05.21	S6	Pain «patient-related barriers»	Peer review 2011-2021	7	G

			AND «Pain management»			
Cinahl	15.05.21	S7	«patients» AND «verbal» OR «written information» AND «pain relief» OR «pain management» OR «pain control» OR «pain reduction»	Peer review 2011-2021	120 314	H
Cinahl	15.05.21	S8	«postoperative patients» AND «meaning behind» AND «NRS score»	Peer review 2011-2021	1887	I
<p>A. Fredheim, O. M. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i>. https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129</p> <p>B. Kastanias P, Denny K, Robinson S, Sabo K, & Snaith K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? <i>Pain Management Nursing</i>, 10(1), 22–31. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.08.006</p> <p>C. Chen, H.-H., Yeh, M.-L., & Yang, H.-J. (2005). Testing the impact of a multimedia video CD of patient-controlled analgesia on pain knowledge and pain relief in patients receiving surgery. <i>International Journal of Medical Informatics</i>, 74(6), 437–445. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.04.003</p> <p>D. Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.-K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. <i>Pain Management Nursing</i>, 16(5), 634–641. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003</p> <p>E. van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2015). The Effect of a Preoperative Educational Film on Patients' Postoperative Pain in Relation to their Request for Opioids. <i>Pain Management Nursing</i>, 16(2), 137–145. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.006</p> <p>F. Ingadottir, B., Blondal, K., Jaarsma, T., & Thyllen, I. (2016). Perceptions about traditional and novel methods to learn about postoperative pain management: a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 72(11), 2672–2683. https://doi.org/10.1111/jan.13021</p> <p>G. Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 74(1), 160–171. https://doi.org/10.1111/jan.13395</p> <p>H. Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology</i>, 177, 67–71. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041</p> <p>I. van Dijk, J. F. M., Vervoort, S. C. J. M., van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 53, 260–269. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007</p>						

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Alle inkluderte artikler er fagfellevurdert og følger kriteriene for IMRAD-struktur. Videre ble Norsk senter for forskningsdatas (2021) register over vitenskapelige kanaler benyttet til å kontrollere at artiklene var nivå 1 eller nivå 2. På den måten forsikret jeg meg om at de var publisert i et vitenskapelig tidsskrift med fagfellebedømming.

Artiklene som er inkludert i min litteraturstudie, har flere ulike forskningsmetoder. Dette blir ansett som en styrke fordi jeg ønsker å undersøke flere forhold ved postoperativ smertelindring og informasjonspraksis ved kirurgiske avdelinger.

En kvantitativ metode presenterer data ved hjelp av tall og verdier, og gir meg innsikt i hvor mange som er utilstrekkelig smertelindret, og hvor stort behovet for forbedring av nåværende rutiner er. En kvalitativ metode gir blant annet innsikt i hvordan informasjonspraksisen kan forbedres, ettersom den gir innblikk i pasientenes opplevelser og meninger om den informasjonen de har fått eller skulle ønske de hadde fått. Randomiserte kontrollerte studier eller et kvasi-eksperimentelt design gir derimot innsikt i effekten av en bestemt type handling som kan si noe om hva som bør bli gjort, slik at pasientene kan få bedre tilpasset pre- og postoperativ informasjon (Lerdal, 2009).

2.5. Analyse

Evans' (2002) analysemodell består av fire faser og er brukt til å analysere og fremstille data.

Første steg omhandler innsamling av data (Evans, 2002). Denne prosessen er beskrevet tidligere i oppgaven under kapittel 2.3, som omhandler søkeprosessen. Jeg fant ni artikler. Etter å ha vurdert dem etter kvalitetskravene beskrevet under kapittel 2.4, ble de nummerert fra A-I, ut fra rekkefølgen de ble funnet i.

Andre steg tar for seg identifisering av hovedfunn (Evans, 2002). Først leste jeg gjennom artiklene og markerte nøkkelfunn, samtidig skrev jeg merknader på siden av teksten om hvordan denne informasjonen kunne benyttes i litteraturstudien.

Tredje steg innebærer at funnene sammenlignes og sorteres i kategorier på tvers av studiene (Evans, 2002). Etter å ha gått gjennom merknadene og notatene mine fra hver artikkel på nytt, utarbeidet jeg fire temaer artiklene kunne sorteres etter.

Fjerde steg omhandler en beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002). Det ble identifisert fire hovedtema: (1) Barrierer til god smertelindring, (2) informasjonens innhold, (3) hensiktsmessig tidspunkt for informasjon og (4) informasjonens form. De fire hovedfunnene blir beskrevet nærmere i litteraturstudiens resultatdel.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatiser

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A. Fredheim, O. M. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. <i>Tidsskrift for Den norske legefornening</i> . https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129	Forekomsten av postoperativ smerte i andre land er godt dokumentert i forskning. Det finnes likevel lite forskning som undersøker hvordan situasjonen er i Norge. I studien ønsket man å undersøke om problemet rundt postoperative smerter var like utbredt i Norge.	215 pasienter fordelt på 14 sykehus deltok i studien. Smerten til pasientene ble kartlagt det første postoperative døgnet. Studien baserer seg på data hentet inn fra pasientens egenrapport og data fra pasientjournaler.	Pasientene rapporterte om en gjennomsnittlig postoperativ NRS-score på 3,0. For 38% og 11% var gjennomsnittlig postoperativ NRS-score på over 4. 62% av pasientene opplevde de sterkeste smertene ved bevegelse (NRS-score over 4) og for 41% hadde NRS-scoren vært over 6. Pasienter rapporterte at smerte var det mest plagsomme symptomet det første postoperative døgnet (43%). Til tross for at det var et stort antall pasienter som hadde høy smerteintensitet postoperativt, var 90 % fornøyd med smertebehandlingen.	Dette er relevant for min oppgave, for det sier noe om hvordan praksisen i Norge er og viser til konkrete tall på pasienters smerteintensitet postoperativt.
B. Kastanias P, Denny K, Robinson S, Sabo K, & Snaith K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? <i>Pain Management Nursing</i> , 10(1), 22-31.	Studien undersøker hva pasienten får av informasjon om smerte og postoperativ smertebehandling, samt hva pasientene vektlegger som viktig å vite i forbindelse med den postoperative smertebehandling en.	Deskriptiv kvantitativ studie. 72 timer etter å ha gjennomgått generell dagkirurgi, deltok 150 pasienter i en spørreundersøkelse/intervju over telefon. Undersøkelsen besto av 19 kategorier, der	Gjennomsnittsscoren på de forskjellige informasjonskategoriene var 7,7/10, målt på en 10-punktsskala der 1= ikke er viktig og 10= ekstremt viktig. Informasjon knyttet til temaer som: (1) hva som fungerte og ikke fungerte, (2) bivirkninger av smertestillende og forventninger til	Studien undersøker hva pasienter på kirurgisk enhet ønsker å få av informasjon. Dette er verdifull kunnskap som gir innsikt i hva pasienter kan for lite om. Dette er viktig informasjon til sykepleier.

https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.08.006		pasienten skulle vurdere hver kategori på en ti-poengs skala ut fra deres viktighet.	smerteopplevelsen, ble ansett som viktige.	
C. Chen, H.-H., Yeh, M.-L., & Yang, H.-J. (2005). Testing the impact of a multimedia video CD of patient-controlled analgesia on pain knowledge and pain relief in patients receiving surgery. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 74(6), 437–445. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.04.003	Denne studien ønsket å utvikle en multimedia-video CD om smertestillende som pasienten kontrollerer/håndterer selv, samt finne ut om videoen førte til økt kunnskap og smertelindring hos postoperative pasienter.	Studien brukte et kvasiekseptisk eksperimentelt design. 30 testsubjekter ble tildelt eksperimentell gruppen og fikk prøve ut det multimodale undervisningsprogrammet, mens resterende 30 ble tildelt kontrollgruppen og fikk ikke samme undervisning.	Før studien var det ingen forskjell mellom de to gruppene når det kom til kunnskap om smerte. Etter at eksperimentell gruppen hadde gjennomgått undervisning, ble det målt stor forskjell mellom denne gruppens kunnskapsscore før og etter undervisning. Det ble ikke funnet samme forskjell i kontrollgruppen. Subjektene i eksperimentell gruppen hadde bedre kontroll over sine smerter i forhold til kontrollgruppen.	Undersøker alternative informasjonsmetoder og hva de kan inneholde for å gi økt kunnskap.
D. Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.-K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 634–641. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003	Artikkelen ønsket å undersøke pasientenes opplevelse av den preoperative informasjonen de får på sykehuset i forbindelse med et kirurgisk inngrep. I tillegg var også sammenhengen mellom preoperativ informasjon til pasienter og håndteringen av postoperative smerter et stort fokus i artikkelen.	Deskriptiv og kvalitativ studie, der 18 pasienter som skulle gjennomgå et kirurgisk inngrep, ble intervjuet. Hver andre person fikk skriftlig informasjon om postoperativ smertebehandling, mens andre fikk standard informasjon. Pasientene ble intervjuet andre eller tredje dag etter inngrepet.	Flertallet av pasientene mente at en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon var enklest å huske og forstå. I tillegg fortalte pasientene at skriftlig informasjon bidro til økt kunnskap og ga dem mulighet til å medvirke i sin egen postoperative smertebehandling.	Valgt artikkel undersøker om en kombinasjon av skriftlig og muntlig preoperativ informasjon kan få positiv innvirkning på pasientens forståelse av den postoperative smertebehandling og om det kan bidra til bedre smertelindring.

<p>E. van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2015). The Effect of a Preoperative Educational Film on Patients' Postoperative Pain in Relation to their Request for Opioids. <i>Pain Management Nursing, 16</i>(2), 137–145. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.006</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke om en preoperativ undervisningsfilm om postoperative smerter, smertevurdering og smertebehandling hadde effekt på pasientens forståelse av NRS-skalaen og om dette bidro til bedre smertebehandling.</p>	<p>Kvasi randomisert kontrollert studie, der 194 pasienter ble valgt ut til å se en preoperativ undervisningsfilm. De resterende 183 pasientene fikk se en kontrollfilm. Etter at pasientene hadde sett filmene, fikk de et spørreskjema, der deres holdninger, frykt og kunnskaper vedrørende utredning og behandling av smerter, ble kartlagt.</p>	<p>Det var ingen betydelig forskjell mellom de to gruppene når det gjaldt oppgitt NRS-score og ønske om opioider. Man så likevel at personene i intervensjonsgruppen hadde noe lavere NRS-score enn kontrollgruppen. Videre hadde intervensjonsgruppen bedre kunnskap og færre barrierer til inntak av smertestillende medikamenter. Intervensjonsgruppen fikk tidligere administrerte smertestillende og høyere doser enn kontrollgruppen.</p>	<p>Artikkelen er relevant for litteraturstudien, da den undersøker om alternative informasjonsmetoder kan bidra til økt kunnskap om postoperativ smertebehandling og bruk av smerteskalaer.</p>
--	--	--	---	---

<p>F. Ingadottir, B., Blondal, K., Jaarsma, T., & Thylen, I. (2016). Perceptions about traditional and novel methods to learn about postoperative pain management: a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 72(11), 2672–2683. https://doi.org/10.1111/jan.13021</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke tanker kirurgiske pasienter har om tradisjonelle og alternative metoder som kunnskapskilder til postoperativ smertebehandling.</p>	<p>Kvalitativ metode, der vignette og semistrukturerte intervjuer ble brukt til datainnsamling. 13 postoperative pasienter som var blitt utskrevet fra sykehuset, ble rekruttert til studien i perioden 2013-2014. Pasientene fikk utdelt en vignette der de skulle velge hvilken kommunikasjonsform som de ville foretrukket til å lære om postoperativ smertebehandling.</p>	<p>Pasientenes førstevalg var å få informasjon om postoperativ smertebehandling ansikt til ansikt med en sykepleier. Det minst foretrukne valget var spill. Det var hovedsakelig to kategorier som påvirket hva pasientene tenkte om de ulike kategoriene for læring: (1). Å ha troverdighet til kilden, som videre ble underkategorisert til: å være kjent med metoden som brukes og tanker rundt det på forhånd. (2). Være motivert til å lære, som videre ble underkategorisert til: å klare å innhente kunnskap når tilstanden er redusert og ønske om økt kunnskap.</p>	<p>Artikkelen retter seg direkte mot dem som skal motta informasjon, noe som gir verdifull informasjon om styrker og svakheter ved ulike metoder.</p>
<p>G. Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i>, 74(1), 160–171. https://doi.org/10.1111/jan.13395</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om sykepleiers vurderinger samsvarer med pasientenes rapporteringer om smerteintensitet og pasientrelaterte barrierer i forbindelse med smertebehandling.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie. Datainnsamlingen ble gjort i perioden oktober 2012-april 2013. Ett universitetssykehus og ett vanlig sykehus ble inkludert i studien. Data ble samlet inn fra totalt 35 avdelinger. Både pasienter og sykepleiere brukte NRS-skalaen som utgangspunkt da de skulle estimere pasientenes smerteintensitet.</p>	<p>35,6 % av pasientene rapporterte ingen smerte (0 på NRS-skalaen), 36,8 % av pasientene rapporterte mild smerte (1-3 på NRS-skalaen) og 27,0 % av pasientene rapporterte om moderat til intens smerte (NRS-score på over 4). Sykepleiere, derimot, vurderte at 33,9 % av pasientene hadde ingen smerte, 36,8 % av pasientene hadde milde smerter, og at 26,4 % av pasientene hadde moderate til intense smerter. 52,3 % av sykepleiere hadde brukt en skala da de vurderte pasientenes smerter, i 19,8 % av tilfellene hadde de ikke</p>	<p>Studien er relevant fordi den bekrefter viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasient når det gjelder smerte og smertebehandling.</p>

		<p>Pasient-relaterte barrierer ble målt ved bruk av en skala utviklet av Elcigil et al.</p>	<p>vurdert pasientenes smerte, mens på 28,0 % av pasientene benyttet sykepleierne egen erfaring da de vurderte pasientenes smerter.</p> <p>Av alle pasientene som deltok i studien, uttrykte 40,7 % at de hadde vanskeligheter med å vurdere smerteintensitet. Sykepleiere, derimot, vurderte at 12,6 % av pasientene hadde dette problemet.</p> <p>37,9 % av pasientene oppga at de var motvillige til å rapportere om smerte til sykepleier. Sykepleiere anslo at dette gjaldt 10,5 % av pasientene.</p> <p>Noen pasienter beskrev at de var tvilende til å innta smertestillende av frykt for avhengighet (37,0 %) og bivirkninger (47,0 %). Sykepleiere vurderte at dette var et problem hos henholdsvis 5,3 % og 7,7 % av pasientene.</p> <p>Nærmest halvparten (51,0 %) av pasientene var skeptiske til inntak av opioider, mens sykepleierne indikerte at dette var tilfellet hos 16,6 % av pasientene.</p>	
<p>H. Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written</p>	<p>Hensikten med studien var å (1) evaluere den skriftlige og muntlige informasjonen som ble gitt til pasienter, (2) hvorvidt pasientene var fornøyd med informasjonen, (3) om</p>	<p>Randomisert studie.</p> <p>Data ble samlet inn i perioden: januar 2008- desember 2012.</p> <p>190 pasienter deltok i studien.</p> <p>Subjektene ble tilfeldig delt inn i</p>	<p>Gruppe W var mer fornøyd, hadde lavere VAS-score, færre dager innlagt på sykehuset og hadde lavere daglig inntak av smertestillende medikamenter i forhold til gruppe V.</p>	<p>Artikkelen er relevant fordi effekten av ulike informasjonsmetoder blir undersøkt.</p>

pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology</i> , 177, 67–71. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041	informasjon påvirket lengden på innleggelsen, smerteintensiteten (VAS-skala) og på det daglige inntaket av smertestillende medikamenter.	to grupper: gruppe V og gruppe W. Gruppe V fikk muntlig preoperativ informasjon om det kirurgiske inngrepet og postoperativ smertehåndtering, og gruppe W fikk i tillegg skriftlig preoperativ informasjon.		
I. van Dijk, J. F. M., Vervoort, S. C. J. M., van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 53, 260–269. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007	Hensikten med studien var å undersøke hva pasienter legger bak tallet de oppgir, på en NRS-skala.	Diskriptiv kvalitativ studie. 27 pasienter gjennomgikk et individuelt intervju én dag etter gjennomført kirurgi. Pasientene ble valgt med tanke på tidligere erfaring med smerte og rapportering av smerte på en NRS-skala, kjønn, alder og etnisitet, for å lage en mangfoldig gruppe.	Tre hovedtemaer som påvirket pasientenes oppgitte NRS-score, var: (1) faktorer rundt score, (2) intrapersonelle faktorer og (3) forventede konsekvenser av en oppgitt NRS-score.	Studien gir innsikt i hva som ligger bak pasientene oppgitte NRS-score, noe som kan bidra til bedre forståelse for helsepersonell.

3.2. Tematisk inndeling av resultat

3.2.1. Barrierer til god smertelindring

Det kommer frem i en av artiklene at sykepleiere undervurderer pasienters smerter og barrierene de har til smertestillende behandling (Dequeker, Van Lancker & Hecke, 2017). Disse barrierene blir også beskrevet i tre andre artikler (van Dijk, van Wijck, Kappen,

Peelen, Kalkman & Schuurmans, 2015a; Chen, Yeh & Yang, 2005; van Dijk et al., 2015b).

Videre kommer det frem i en av artiklene at mange sykepleiere ikke ber pasienter å oppgi smerten ut fra en skala, men heller vektlegger egne kliniske erfaringer i vurderingen av pasientenes smerter (Dequeker et al., 2017). En annen artikkel viser at sykepleiere har sin egen tolkning av tallene 0 til 10 på NRS-skalaen og ikke kommuniserer dette godt nok til pasienter (van Dijk et al., 2015b). I samme artikkel kommer det frem at pasienter har hver sin unike forståelse av NRS-skalaen og hva som er håndterbar og ikke-håndterbar smerte.

3.2.2. Informasjonens innhold

I alle ni artiklene blir informasjon om postoperativ smerte og smertebehandling ansett som viktig for pasientene (Dequeker et al., 2017; Chen et al., 2005; Kastians, Denny, Robinson, Sabo & Snaith, 2009; Fredheim et al., 2011; Ingadottir et al., 2014; van Dijk et al., 2015a; Andersson, Rydberg & Karlsson, 2015). En av artiklene undersøkte hva pasientene ønsket å få informasjon om. Følgende kategorier ble løftet frem som spesielt viktige: bivirkninger av smertestillende medikamenter (forventinger og behandling) og forventninger til selve smerteopplevelsen (Kastians et al., 2009). Andre kategorier ble også løftet frem som viktige å informere om i de andre artiklene. Disse var: (1) informasjon om smertebehandlingen, (2) viktigheten av å behandle postoperative smerter, (3) rutiner for vurdering av smerter, (4) bruk av smertekartleggingsverktøy, (5) akseptert nivå av smerter, (6) informasjon om risiko for avhengighet av opioider og (7) hvordan pasienten kunne medvirke i smertebehandlingen (Andersson et al., 2015; van Dijk et al., 2015a; Chen et al., 2005; Dequeker et al., 2017).

To av artiklene vektla likevel viktigheten av å tilpasse informasjonen til pasientens forutsetninger og behov (Kastians et al., 2009; Ingadottir et al., 2016).

3.2.3. Hensiktsmessig tidspunkt for informasjon

I alle ni artiklene er tidspunktet for når informasjonen ble gitt, beskrevet som viktig for hvor godt pasientene forsto og husket informasjonen. I tre av artiklene er fordelene med preoperativ informasjon beskrevet direkte (Andersson et al., 2015; van Dijk et al., 2015a; Chen et al., 2005).

Preoperativ informasjon blir ansett som viktig fordi det kan redusere en rekke negative postoperative komplikasjoner, som risiko for postoperativ smerte. To av artiklene trekker i tillegg frem at pasienter ser ut til å glemme informasjon innen kort tid etter at den er gitt av sykepleier (Andersson et al., 2015; Angioli, Plotti, Capriglione, Aloisi, Aloisi, Luvero, Miranda, Montera, Gulino & Frati, 2014). Viktigheten av å gjenta informasjon i den postoperative fasen blir beskrevet direkte i to artikler (van Dijk et al., 2015a; Angioli et al., 2014) og indirekte ved at flere av artiklene fremmer bruk av informasjonsmetoder som også benyttes i det postoperativ forløpet.

3.2.4. Informasjonens form

I flere av studiene kommer det frem at bruk av kun én informasjonsform bidrar til at pasientene både husker og forstår mindre av det som blir sagt. I tillegg anser pasientene tradisjonelle metoder som skriftlig og muntlig informasjon som gode kunnskapskilder (Ingadottir et al., 2016; Andersson et al., 2015). Tre av studiene vektla likevel at en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon var å foretrekke, fremfor utelukkende muntlig eller skriftlig informasjon (Andersson et al., 2015; Angioli et al., 2014; Ingadottir et al., 2016).

Tre av artiklene trekker frem bruk av alternative metoder som film, bruk av nettsider og spill som alternativer til standard informasjonspraksis (van Dijk et al., 2015a; Ingadottir et al., 2016; Chen et al., 2005). I to av artiklene ble video brukt til å informere om postoperativ smertebehandling, og resultatene viste at pasientene hadde godt utbytte av videoene, og at den blant annet bidro til økt kunnskap og forståelse hos testsubjektene, samt lavere smertescore i den ene studien (van Dijk et al., 2015a; Chen et al., 2005).

Enkelte pasienter i den ene studien viste likevel skepsis til alternative metoder, men anerkjente også svakheter ved tradisjonelle metoder (Ingadottir et al., 2016).

4. Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg diskutere fremlagt forskning, teori og egne erfaringer fra praksis opp mot problemstillingen. Problemstillingen min er: Hvordan kan sykepleier bidra til bedre postoperativ smertelindring gjennom bedre tilpasset informasjon til kirurgiske pasienter?

4.1. Barrierer til god smertelindring

I flere studier står det at sykepleiere kontinuerlig undervurderer pasienters smerte (Dequeker et al., 2017; Fredheim et al., 2011; van Dijk et al., 2015b). I Dequeker (et al., 2017) kom det derimot frem at det var liten forskjell mellom pasientenes egenrapportering av postoperativ smerte og sykepleiers estimat av pasientenes smerte. Studien viste at sykepleierne vurderte pasientenes smerte riktig i 70 % av tilfellene, men at kongruensen mellom pasientens og sykepleiers vurderinger var høyere de gangene sykepleierne brukte validerte skalaer til å vurdere smerter. Bruk av en slik skala er mest anbefalt fordi smerteopplevelsen er så individuell. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee skrev i sin bok, «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (1999), at helsearbeidere aldri kunne være helt sikre i sin vurdering av andres smerte og at det de kom fram til, i beste fall var gjetninger. Likevel tyder forskning på at sykepleiere i stor grad vektlegger egne observasjoner, fremfor pasientrapportering (Dequeker et al., 2017). Slike observasjoner baserer seg på en vurdering av smerte gjennom pasientens atferd, eller indirekte via mål av vitale parametere. Dette kan være uheldig fordi fysiologiske og atferdsmessige tegn på smerte kan bli mindre tydelige etter hvert som kroppen tilpasser seg smerten (Danielsen et al., 2016). Kvaliteten på vurderingene vil i tillegg avhenge av kunnskapsnivået og erfaringene til den enkelte sykepleier.

Feilaktige vurderinger av sykepleier kan spesielt oppstå dersom pasienten har få observerbare tegn på smerte, noe som kommer frem i (McCaffery & Ferrell, 1996). I denne studien fikk sykepleiere og universitetsstudenter i oppgave å vurdere smerten til to pasienter. Begge pasientcasene var identiske, bortsett fra hvordan de oppførte seg. Både sykepleierne og universitetsstudentene var mer villige til å akseptere smertescoren fra den pasienten som viste smerteatferd, enn pasienten som smilte. Dette er et gjentakende problem, til tross for at det er godt dokumentert at smertepasienter ofte ikke har observerbare tegn på smerter. Fenomenet er gjengitt i Jacox (1979), der 70 % av pasientene svarte nei, eller var ambivalente til hvorvidt de diskuterte smerten sin med andre. I samme studie viste det seg at 66 % av pasientene forsøkte å holde seg rolige og ikke vise smerte, og at dette var viktig for å håndtere smerten. Tv-titting og samtale ble også løftet fram som viktige strategier da de skulle håndtere smerten (McCaffery & Ferrell, 1996).

Men er det slik at flere postoperative pasienter hadde vært bedre smertelindret dersom de hadde hatt mer observerbar smerte? Studier tyder på at sykepleiere ofte reagerer dårlig på pasienters atferdsmessige uttrykk for smerte, som stønning og grynting, og at det er mindre sannsynlig at disse får god behandling sammenlignet med pasienter som kommer med direkte ønsker om smertestillende (Manias, Bucknall & Botti, 2005). Det blir i mange tilfeller forventet at pasienten skal si fra om smerter, noe jeg også erfarte

under min praksisperiode på kirurgisk enhet. Men en annen studie viste at pasienter ofte venter til de ble spurt av sykepleier istedenfor å si fra selv (Dequeker et al., 2017). Det foreligger derfor motstridende forventninger fra sykepleier og pasient som kan bidra til at pasienter ikke blir tilstrekkelig smertelindret. Holdninger som blant annet «gode pasienter klager ikke over smerte» beskrives i flere artikler (van Dijk et al, 2015a; van Dijk et al, 2015b). Som konsekvens er det mange som ikke sier fra til sykepleieren om at de har smerter. Observasjon bør av den grunn ikke være sykepleiers eneste verktøy til smertevurdering, men heller et supplement til pasientens egenrapport.

Det kan derfor tenkes at systematisk bruk av validerte skalaer er en god måte å vurdere pasienters smerter på, da de er objektive og, ved riktig bruk, sørger for at man regelmessig vurderer pasienters smerte (Danielsen et al., 2016). Likevel ser man at sykepleiere og pasienter tolker skalaene forskjellig. Retningslinjer for helsepersonell sier ofte at det er behov for mer smertelindring ved score over 3 på en NRS-skala. Pasienter, derimot, kan anse en score på 5 og 6 som tolererbar smerte (van Dijk et al., 2015b). I samme studie kommer det også frem at pasienter ofte bevisst rapporterer lavere score, av frykt for å bli ansett som en byrde eller at helsepersonell skal tro de overdriver dersom de oppgir en høy score (van Dijk et al., 2015b). Det ser derfor ut til at det er flere ting som påvirker pasientenes oppgitte smertescore. Disse påvirkningsfaktorene er det viktig at sykepleier har kunnskap om. Når pasienten har oppgitt en score, er man ikke ferdig med smertekartleggingen av den grunn. Man må som sykepleier kommunisere med pasienten om meningen bak denne scoren, uten å ha en dømmende holdning. I tillegg er det viktig å spørre om hva som er pasientens grense-score for hva som er tolererbar og ikke-tolererbar smerte og når de ønsker intervensjon fra sykepleier (van Dijk et al., 2015b). Sykepleiere må altså kommunisere med pasienten om postoperativ smertekartlegging og -vurdering, og lære mer om pasientenes smerteatferd.

4.2. Informasjonens innhold

For at sykepleier skal kunne gi tilpasset informasjon til pasienten og vite hvilke tiltak som bør iverksettes, må sykepleier identifisere barrierer til god smertelindring (Manias et al., 2005). Det er godt dokumentert i forskning at pasienter ofte ikke er tilstrekkelig smertelindret postoperativt (Fredheim, et al., 2011; Kastians et al., 2009; Chen et al., 2005). Det kan derfor virke overraskende at mer enn 90 % av pasientene i en studie fra 2008 oppga at de var fornøyde med smertebehandlingen (Fletcher et al., 2008). Dette kan ses i sammenheng med at mange pasienter ikke rapporterer om smerter til sykepleier. En mulig forklaring kan være at mange pasienter forventer postoperative smerter eller har holdninger om at smerte er uunngåelig etter operasjon. Av den grunn kan det tenkes at pasientene ikke ser viktigheten av å si fra til sykepleier når de har behov for smertestillende. Denne tendensen ser man blant annet (Fredheim et al., 2011), som sier at pasienter venter til smertene er intense før de ber om smertestillende. Som konsekvens øker sannsynligheten for gjennombruddssmerter (Danielsen et al., 2016). Det er derfor nødvendig at sykepleier informerer om postoperative smerter og hva de kan forvente. Videre er det viktig at sykepleier forklarer hvilke konsekvenser postoperative smerter kan ha for hvor fort de kommer seg etter et kirurgisk inngrep (Danielsen et al., 2016).

Smertekartleggingsverktøy er en stor del av vurderingen av pasientens smerter, derfor er det viktig at sykepleier og pasient har en felles forståelse av hvordan man bruker

dem, og hva som er akseptabelt nivå av smerte (van Dijk et al., 2015b). Dersom smertekartlegging utføres riktig, kan slike verktøy bidra til mer rutinemessig kartlegging og behandling av smerte, siden de kan brukes aktivt til planlegging, iverksetting og evaluering av tiltak. Systematisk bruk av kartleggingsverktøy vil også kunne bidra til mer presis dokumentasjon og rapport til lege (Torvik et al., 2008). På en annen side er det ikke sikkert at informasjon alene vil endre pasientens atferd. Valg pasienten tar rundt smertelindring, kan være påvirket av holdningene og kunnskapen vedkommende har til smertestillende behandling (Van Dijk et al., 2015b). Dette kommer frem i forskning, som viser at mange er skeptiske til bruk av smertestillende behandling i frykt for bivirkninger som toleranseutvikling, abstinens og avhengighet (van Dijk et al., 2015a; Chen et al., 2005; van Dijk et al., 2015b; Dequeker et al., 2017).

Pasienten har altså et informasjonsbehov rundt smertestillende behandling, noe som kommer frem i flere studier (van Dijk et al., 2015a; Kastians et al., 2009). En studie viste pasienters barrierer til smertestillende behandling ofte er større enn antatt av sykepleier (Dequeker et al., 2017). Å informere om smertestillende er derfor en viktig sykepleieroppgave, og er et tiltak som har vist seg å ha påvirkning på pasientens holdninger og handlinger. Dette er vist i studien til van Dijk (et al., 2015a). Her ble pasientene delt inn i to grupper: en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk se en preoperativ informasjonsfilm om utredning og behandling av postoperative smerter, mens kontrollgruppen fikk se en film med standard informasjon. Resultatene viste at pasientene i intervensjonsgruppen fikk tidligere administrerte smertestillende, inntok høyere dosering og hadde lavere NRS-score enn kontrollgruppen. En mulig forklaring på gruppens ulike resultater kan tenkes å være at intervensjonsfilmen bidro til økt kunnskap, og førte til at denne gruppen fikk bedre forståelse av hvor viktig tilstrekkelig smertelindring var, og derfor mer tilbøyelige til å spørre om smertestillende. Noe man kan finne støtte for i Chen (et al., 2005). Resultatene fra disse studiene står i kontrast til studien til van Dijk (et al., 2015b), som sier at atferden ikke alltid endres selv om pasientens kunnskaper og holdninger gjør det. Det holder ikke nødvendigvis med enkle spørsmål som: «Hvordan har du det i dag?» Sykepleier må altså møte pasientens forventninger, fordommer og tanker om postoperativ smerte og smertelindring. Videre må hva som er målet med smertelindringen, kommuniseres tydelig. Tydelig beskjeder fra sykepleier vil nemlig gjøre det enklere for pasienten å være konkret tilbake (Danielsen et al., 2016).

Men feilene ligger ikke bare hos pasientene. Flere studier har identifisert feilaktige holdninger og kunnskaper rundt smerte og smertebehandling også hos sykepleiere (McCaffery & Ferrel, 1996). Dette kan bidra til at pasienten blir dårligere smertelindret fordi sykepleieres kunnskaper og holdninger er en fundamental del av deres evne til å vurdere og håndtere smerter (Manias et al., 2005). Sykepleiere må derfor granske egne holdninger og holde seg oppdatert på forskning og faglitteratur, som er en nødvendig del av forsvarlig yrkesutøvelse, jf. §4 (helsepersonelloven, 1999).

4.3. Hensiktsmessig tidspunkt for informasjon

Flere studier peker på at det er hensiktsmessig, for både pasient og helsepersonell, å gi pasienten preoperativ informasjon om smerte og postoperativ smertebehandling. Det fremkommer av forskning at preoperativ informasjon reduserer postoperative komplikasjoner for pasienter og bidrar til raskere gjenvinning av funksjon (Angioli et al., 2014). Dette kan begrunnes i at pasientene får flere verktøy til å håndtere smertene i

den postoperative fasen. I tillegg vil preoperativ informasjon bidra til at pasientene er mer deltagende i den postoperative smertebehandlingen, jf. §3-1 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienter som får mulighet til å medvirke, får mer ut av behandlingen. Dette er fordi pasientene i større grad kan veilede sykepleier i hvordan hun skal justere smertestillende behandling etter deres smertenivå og effekt av behandlingen (Chen et al., 2005; van Dijk, 2015).

Et kirurgisk forløp vil være preget av prosedyrer og andre viktige beskjeder, noe som kan bidra til at sykepleier har begrenset med tid til å gi informasjon. Et travelt forløp og følelser som stress og angst kan videre påvirke pasientens evne til å forstå og huske informasjonen som blir gitt av sykepleier. Dette kan en finne støtte i hos Angioli (et al., 2014), som skriver at pasienter er tilbøyelige til å glemme halvparten av det de er blitt fortalt innen fem minutter, og husker kun 20 % av informasjonen som blir gitt. Det kommer frem av forskning at informasjon pre- og postoperativt bidrar til at pasienten forstår og husker informasjonen bedre Angioli et al., 2014; Andersson et al., 2015). Sykepleier må derfor tenke over hvilke situasjoner det er best å gi pasienten informasjon. Flere studier peker på at det kan være hensiktsmessig å gi informasjon på et rolig tidspunkt (Ingadottir et al., 2016; Andersson et al., 2015). Den postoperative perioden er ofte mindre hektisk og kan være en egnet tid å gi detaljert informasjon til pasienten. Av den grunn er det viktig at sykepleier gjentar den preoperative informasjonen i den postoperative perioden. Man må likevel ikke glemme at pasientens læringsevne kan være redusert i den postoperative perioden. Etter operasjon kan pasienten fortsatt være preget av angst, være forvirret, stresset eller ha smerter (Andersson et al., 2015; Ingadottir et al., 2016). Det kreves derfor god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, slik at informasjonen blir tilpasset pasientens tilbøyelighet for læring.

Trygghet kan i tillegg bidra til at pasienten fokuserer mer på informasjonen sykepleieren gir (Eide & Eide, 2017). Av den grunn er det viktig at sykepleier legger til rette for trygge omgivelser og opptre på en måte som får pasienten til å føle seg sett og ivaretatt. Videre bør sykepleier kommunisere tydelig og tilpasse språket sitt etter hvilke forutsetninger pasienten har til å forstå informasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleier har dessuten ansvar for å forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet i informasjonen som er gitt, jf. §3-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4.4. Informasjonens form

Det er vanlig at pasienter får muntlig informasjon preoperativt, til tross for kunnskap om at pasientene ofte glemmer informasjonen innen kort tid (Angioli et al., 2014). Dette støttes i studien gjort av Andersson (et al., 2015), som videre skriver at pasienter som kun får muntlig informasjon, har høyere postoperative smertescore og uttrykker lavere tilfredshet med smertebehandlingen. Likevel er dette ansett som den mest foretrukne informasjonsformen av pasientene i studien til Ingadottir (et al., 2016). Grunnen til dette er at pasientene satte pris på kontakten, støtten og oppmuntringen en slik interaksjon kunne bidra til. Når det er sagt, ble det understreket av pasientene at kvaliteten på den muntlige informasjonen avhang av hver enkelt sykepleier, og at sykepleiere ofte ga motstridende beskjeder, noe som ble ansett som uheldig. Flere pasienter i Andersson (et al., 2015) syntes også at det ble mye å huske og ta inn over seg når informasjonen kun ble gitt muntlig. Det kom likevel frem i en studie av Dihle, Bjølseth & Helseth (2006) at

sykepleiere ofte ikke ga muntlig informasjon om smerte og smertebehandling med mindre pasientene ba om det.

En kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon blir derfor løftet frem som viktig i flere studier (Andersson et al., 2015; Angioli et al., 2014; Ingadottir et al., 2016). Skriftlig informasjon er ikke nok alene og kan ikke erstatte en en-til-en-samtale mellom pasient og sykepleier, men er ansett som et godt supplement til muntlig informasjon (Angioli et al., 2014; Ingadottir et al., 2016). Skriftlig informasjon, i form av for eksempel brosjyrer, gjør det mulig å oppsøke stoffet flere ganger gjennom sykehusoppholdet, samtidig som det sparer helsepersonell for tid og reduserer pasientens behov for repetert informasjon (Angioli et al., 2014; Ingadottir et al., 2016). Videre ble en kombinasjon av tekst og bilder trukket fram som viktig for pasientenes forståelse av innholdet (Andersson et al., 2015). Dette står i kontrast til et funn i en annen studie (Watt-Watson, Stevens, Katz, Costello, Reid & David, 2004). I studien fikk pasientene skriftlig informasjon, og resultatene tydet på at informasjonen ikke hadde påvirkning på pasientenes inntak av smertestillende, smertescore eller bekymringer knyttet til smertestillende behandling. Resultatet av studien kan ses i sammenheng med at en tredjedel av pasientene hadde glemt at de fikk skriftlig informasjon eller kun leste en liten del. En annen mulig forklaring kan være at den skriftlige informasjonen er skrevet på et språk som er kjedelig å lese eller vanskelig å forstå. Det har også blitt trukket frem av postoperative pasienter at de ofte var slitne etter operasjon og ikke orket å lese informasjonen (Ingadottir et al., 2016).

Av den grunn kan det være nyttig å undersøke hvilke effekt alternative informasjonsformer har for kunnskap og smertelindring. I to av studiene van Dijk (et al., 2015a) og Chen (et al., 2005) ble undervisningsfilmer brukt til å informere pasienter pre- eller postoperativt. I begge studiene fikk pasientene som hadde sett undervisningsfilmene, økt kunnskap om smerte og smertebehandling og bedre postoperativ smertelindring. I den ene studien ble bruk av video som informasjonsmetode evaluert av pasientene. Pasientene anså bruk av video som nyttig, effektivt og viktig for deres forståelse (Chen et al., 2005). Video gir en visuell fremstilling, som kan tenkes å gjøre det enklere for pasienten å huske det som blir formidlet. Videre kan man se videoen flere ganger ved behov, noe som bidrar til at pasientene husker innholdet bedre. I Ingadottir (et al., 2016) blir spill og egne nettsider også løftet frem som metoder til å formidle informasjon til pasienter. Pasientene i studien uttrykte skepsis til disse metodene, fordi det kunne være vanskelig å lete frem relevant informasjon på egen hånd, samt lære seg hvordan man skulle spille et spill. Dette gjaldt spesielt mer voksne pasienter. Disse uttrykte likevel villighet til å prøve dersom de fikk støtte og oppfølging av helsepersonell. Det er altså fordeler og ulemper med alle metodene. Av den grunn bør sykepleier vurdere hva som kan være mest hensiktsmessig for hver enkelt pasient, og kombinere ulike metoder for å få best mulig effekt.

4.5. Styrker og svakheter ved litteraturstudien:

Jeg har valgt å inkludere forskningsartikler som bruker ulike forskningsmetoder. På den måten får jeg ulike tilnærminger til temaet, som bidrar til å danne et bedre helhetsbilde av hva som må til for å gi bedre informasjon til kirurgiske pasienter.

Forskningen i min litteraturstudie omhandler både sykepleiere og pasienter. Dette anser jeg som en styrke fordi det er dokumentert i forskning at dårlig smertelindring skyldes

forhold ved både pasienten og sykepleieren. Kunnskap om hvilke forhold som hindrer tilstrekkelig postoperativ smertelindring er derfor viktig for å utarbeide gode rutiner og tiltak.

I litteraturstudien har jeg inkludert to eldre artikler. Ved å inkludere eldre forskning risikerer jeg å bruke kunnskap som er utdatert. Jeg har likevel valgt å inkludere dem og begrunner dette med at innholdet i artiklene også støttes opp av nyere forskning.

Jeg har også valgt å inkludere en forskningsartikkel som er fra Taiwan. Det kan tenkes at praksisen i Asia er annerledes enn i Norge, og at det gjør funnene mindre relevant for min problemstilling. Jeg har likevel valgt å inkludere artikkelen fordi den handler om hvilken effekt videoundervisning har for pasienters læring, noe jeg tror er overførbart til pasienter i Norge.

4.6. Konklusjon

Litteraturstudien ønsket å undersøke hvordan informasjon kunne bidra til bedre postoperativ smertelindring. Det kom frem av studien at pasienters og sykepleiers holdninger og kunnskaper om smerte, vurdering av smerte og smertestillende behandling hindret pasientene i å få tilstrekkelig smertelindring. Informasjon rettet mot pasienter, bidro derimot til økt kunnskap, endret atferd og dermed bedre smertelindring hos mange pasienter. Pasienter har likevel ulikt kunnskapsnivå og forskjellige holdninger knyttet til smerte og smertebehandling. Sykepleier må derfor kartlegge hva hver enkelt pasient ønsker og trenger å få informasjon om for å oppnå best effekt, og kontinuerlig vurdere pasientens behov for informasjon. Informasjon gitt både pre og -postoperativt ble ansett som mest hensiktsmessig av pasientene i studiene, spesielt dersom sykepleier kombinerte flere informasjonsmetoder. Informasjonen gitt både muntlig og skriftlig bidro blant annet til økt forståelse, at pasientene husket informasjonen bedre og oppnådde bedre postoperativ smertelindring. Bruk av videoundervisning ble også løftet frem som en hensiktsmessig informasjonsform. Hva pasientene tenkte om ulike informasjonsmetoder avhang av deres tidligere erfaring og kunnskap om dem. Det stilles av den grunn krav til at sykepleier tilpasser informasjon og informasjonsmetode til hver enkelt pasient.

Referanser

- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A.-K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634–641. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 177, 67–71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun A,M,G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Eide, P., (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., Bind 1, s. 361-362). Gyldendal Akademisk.
- Breivik, H. (2014). Persistent post-surgical pain (PPP) reduced by high-quality management of acute pain extended to sub-acute pain at home. *Scandinavian Journal of Pain*, 5(4): 237-239. doi: 10.1016/j.sjpain.2014.08.005. PMID: 29913714.
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Chen, H.-H., Yeh, M.-L., & Yang, H.-J. (2005). Testing the impact of a multimedia video CD of patient-controlled analgesia on pain knowledge and pain relief in patients receiving surgery. *International Journal of Medical Informatics*, 74(6), 437–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.04.003>
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie* (5 utg., Bind 1, s. 381-383, 388-390, 395-397). Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009, 03. april). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 15(4), 469–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Dequeker, Sara, Van Lancker, Aurélie, & Van Hecke, Ann. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain

- management. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 160–171.
<https://doi.org/10.1111/jan.13395>
- Fletcher, D., Fermanian, C., Mardaye, A., Aegerter, P., & Pain and regional anesthesia committee of the French Anesthesia and Intensive Care Society (SFAR) (2008). A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain*, 137(2), 441–451. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.026>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. Utg). Natur och kultur.
- Fredheim, O. M. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131(18), 1763-1767.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129>
- Helsedirektoratet (2017, 24. januar). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Helsedirektoratet.no
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (u.å). *Liten endring i gjennomsnittlig liggetid fra 2018 til 2019*. Hentet 14. Mai 2021 fra: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/SOM%20Hfbo%20liggetid.pdf/_attachment/inline/f079fdf0-99cf-42e8-8957e495fb70c88b:893dbc741d8874549ac2993fa41f82e5decf7423/SOM%20Hfbo%20liggetid.pdf
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hinkle, J.L og Cheever, K.H. (2014). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-nursing* (13th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ingadottir, B., Blondal, K., Jaarsma, T., & Thylen, I. (2016). Perceptions about traditional and novel methods to learn about postoperative pain management: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(11), 2672–2683. <https://doi.org/10.1111/jan.13021>
- Jacox AK. (1979). Assessing pain. *AJN American Journal of Nursing*, 79, 895–900.
- Kastanias P, Denny K, Robinson S, Sabo K, & Snaith K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Management Nursing*, 10(1), 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.08.006>
- Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. *Science & practice perspectives*, 1(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1151/spp021113>
- Lerdal, A., (2009). Å lese forskningsartikler. *Sykepleien Forskning* 4(4) 328-330.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2009.0161>

- Manias E, Bucknall T, & Botti M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18–29.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.12.004>
- McCaffery M, & Ferrell BR. (1996). Correcting misconceptions about pain assessment and use of opioid analgesics: educational strategies aimed at public concerns. *Nursing Outlook*, 44(4), 184–190.
- McCaffery, M., Beebe, A., Sunde, B., & Ulshagen, T. (1996). *Smerter: lærebok for helsepersonell* (1. utg). Ad notam Gyldendal.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet* (1. utg). Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient -og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient -og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rosseland, L. A., & Stubhaug, A. (2004). Gender is a confounding factor in pain trials: women report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain*, 112(3), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.08.028>
- Sandvik, R, M.N.K., Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*, 108(80601):(e-80601).
[10.4220/Sykepleiens.2020.80601](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601)
- Sigmon, S. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., O'Connor, P. G., Kosten, T., & Woody, G. (2012). Opioid detoxification and naltrexone induction strategies: recommendations for clinical practice. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(3), 187–199.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2011.653426>
- Sommer, M., de Rijke, J. M., van Kleef, M., Kessels, A. G., Peters, M. L., Geurts, J. W., Gramke, H. F., & Marcus, M. A. (2008). The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European journal of anaesthesiology*, 25(4), 267–274. <https://doi.org/10.1017/S0265021507003031>
- Stubhaug, A. & Ljosa, T, M. (2008). Hva er smerte? I: Rustøen, T., Wahl, A, K. (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., Skauge, M., og Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: Rustøen, T. og Wahl, A.K. (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg). Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J., & Thorbjørnsen, K. M. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg). Universitetsforl.
- van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2015). The Effect of a Preoperative Educational Film on Patients' Postoperative Pain in Relation to their Request for Opioids. *Pain Management Nursing*, 16(2), 137–145.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.006>
- van Dijk, J. F. M., Vervoort, S. C. J. M., van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A

qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 260–269.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007>

Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, G. J., & David, T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *PAIN*, 109(1/2), 73–85.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.012>

Wyller, V. B. B. (2019). *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Wøien, H., Strand, A.C. (2008) Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I Rustøen, T. og Wahl, A.K. (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. Utg). Gyldendal Akademisk.

