

10174

## Postoperativ smerte

På hvilken måte er sykepleiers kompetanse av betydning for den postoperative pasienten med smerter?

Antall ord: 7412

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



10174

## **Postoperativ smerte**

På hvilken måte er sykepleiers kompetanse av betydning for den postoperative pasienten med smerter?

Antall ord: 7412

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Underbehandling av smerter etter kirurgi, som kan føre til en rekke komplikasjoner og konsekvenser for pasienten, er noe en stor andel av pasienter både i Norge og resten av verden opplever. Sykepleiers ansvar for å smertelindre er stort, og for å ivareta postoperative pasienter stilles det krav til sykepleiers kompetanse.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å undersøke utfordringer knyttet til den postoperative smertehåndteringen, med særlig fokus på sykepleiers kunnskap og holdninger, samt hvordan kompetansen til sykepleier utfordres i møte med postoperative pasienter med smerte. Oppgaven har som mål å besvare følgende problemstilling: «På hvilken måte er sykepleiers kompetanse av betydning for den postoperative pasienten med smerter?»

**Metode:** En litteraturstudie basert på resultater fra sju forskningsartikler.

**Resultater:** Sentrale elementer ved sykepleiers kompetanse, som er av betydning for den postoperative pasienten med smerter, er i denne oppgaven identifisert til å være kunnskap, holdninger, relasjonsbyggende ferdigheter og samhandling. Funnene viser at sykepleierens engstelighet for å påføre pasienten avhengighet og bivirkninger overstyrte deres etiske ansvar for å lindre smerte. Negative holdninger overfor pasienten kunne føre til svekket tillit, og dårligere kvalitet på smertebehandlingen.

**Konklusjon:** Utfordringer i smertehåndteringen, som frykt for bivirkninger og avhengighet, skyldes i stor grad kunnskapssvikt, og kan bidra til underbehandling av postoperative smerter. Pasienter har ulike forutsetninger og ressurser for å kunne formidle sin smerte. Det er derfor viktig å ta pasientens smerter på alvor, og samarbeid med både pasienten, pårørende og kollegaer kan bidra til å lette sykepleiers beslutninger, og dermed øke kvaliteten på behandlingen pasienten får.

**Nøkkelord:** Postoperative pain, competence, nursing knowledge

# Abstract

**Background:** Suboptimal treatment of pain after surgery, which can lead to a number of complications and consequences for the patient, is something a large proportion of patients in both Norway and in the rest of the world experience. The nurse's responsibility for relieving pain is great, and to attend and take care of postoperative patients, requirements are set for the nurse's competence.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to investigate challenges related to postoperative pain management, with special focus on the nurse's knowledge and attitudes, as well as how the competence of the nurse is challenged in meeting postoperative patients with pain. The thesis aims to answer the following question: "In what way is the nurse's competence important for the postoperative patient with pain?"

**Method:** A literature study based on results from seven research articles.

**Results:** Key elements of the nurse's competence, which are important for the postoperative patient with pain, have been identified in this thesis to be knowledge, attitudes, relationship-building skills, and interaction. The findings show that nurses anxieties to inflict addiction and side effects on the patient overridden their ethical responsibility to relieve pain. Negative attitudes towards the patient could lead to weakened trust, and thus poorer quality of pain treatment.

**Conclusion:** Challenges in pain management, such as fear of side effects and addiction, are largely due to lack of knowledge, and can contribute to suboptimal treatment of postoperative pain. Patients have different preconditions and resources to be able to convey their pain. It is therefore important to take patient's pain seriously, and to collaborate with both the patient, relatives and colleagues can help facilitate the nurses' decisions, and thus increase the quality of pain treatment.

**Keywords:** Postoperative pain, nursing knowledge, competence

# Innhold

1.	Introduksjon.....	5
1.1.	Introduksjon til tema .....	5
1.2.	Teori.....	5
1.2.1.	Postoperativ smerte .....	5
1.2.2.	Observasjon og vurdering av smerte: .....	6
1.2.3.	Postoperativ smertelindring:.....	6
1.2.4.	Sykepleiers holdninger.....	7
1.2.5.	Sykepleierens ansvar i relasjon til andre .....	8
1.3.	Formål og problemstilling .....	9
1.3.1.	Definisjoner av begreper .....	9
2.	Metode .....	10
2.1.	Beskrivelse av metode .....	10
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
2.3.	Søkestrategi .....	10
2.4.	Søketabell .....	11
2.5.	Vurdering og utvalgelse av artikler .....	12
2.6.	Analyse.....	12
3.	Resultater .....	14
3.1.	Artikkelmatrise .....	14
3.2.	Tematisk resultat .....	17
3.2.1.	Frykt for avhengighet og bivirkninger .....	17
3.2.2.	Kunnskap og erfaring.....	18
3.2.3.	Holdninger til pasientens smerte .....	18
3.2.4.	Samarbeid og kommunikasjon .....	18
4.	Diskusjon .....	20
4.1.	Frykt og oppfatninger i forhold til smertebehandlingen.....	20
4.2.	Kunnskap og erfaring.....	21
4.3.	Sykepleiers holdninger til pasienten.....	23
4.4.	Samhandling og kommunikasjon under smertehåndteringen.....	24
4.5.	Styrker og svakheter ved oppgaven.....	25
4.6.	Implikasjoner for sykepleie.....	25
4.7.	Konklusjon .....	26
5.	Referanser.....	27

# Tabeller

<i>Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonstabell .....</i>	<i>10</i>
<i>Tabell 2 Søketablell .....</i>	<i>11</i>
<i>Tabell 3 Tema med nøkkelfunn.....</i>	<i>13</i>
<i>Tabell 4 Artikkelmatrise.....</i>	<i>14</i>



# 1. Introduksjon

## 1.1. Introduksjon til tema

Forskning viser at en stor andel kirurgiske pasienter ved norske sykehus ikke blir tilstrekkelig smertelindret (Fredheim et al., 2011). Smerte er et forventet symptom etter kirurgi, da all kirurgi medfører skade på vevet (Berntzen et al., 2016, s. 353). En litteraturgjennomgang fra 2017 viser at utilstrekkelig smertelindring fortsatt er et problem for en betydelig andel av pasientene verden over, og er forbundet med en rekke kliniske problemer som økt sykkelighet, utvikling av kroniske smerter og langvarig opioidbruk (Gan, 2017). Alle sykehusavdelinger bør ha detaljerte og klare rutiner for å ivareta pasienter med postoperative smerter (Den norske legeforening, 2009).

Sykepleiere er den profesjonen som arbeider tettest med den postoperative pasienten, og de har derfor et viktig ansvar i smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 382). Dette ansvaret er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer, hvor sykepleieren har et individuelt ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019, 2.10). I møte med pasienter med smerte kreves det at sykepleier innehar tilstrekkelig kunnskap om smertelindring og utviser gode holdninger til pasientens smerteopplevelse (Danielsen et al., 2016, s. 382). De nasjonale retningslinjene for sykepleierutdanning (2019, § 2) viser til at grunnlaget for omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie er oppdatert kunnskap, skikkethet og respekt for menneskers autonomi og medbestemmelse. Studier viser at sykepleiere mangler grunnleggende kunnskap og ferdigheter innen smertelindring, og at samsvaret mellom holdningene deres til å administrere opioider, ikke samsvarer med hvordan de faktisk administrerer opioider i smertebehandlingen (Dihle et al., 2006; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Ifølge Sandvik og Rustøen (2020) må sykepleiere være bevisst det store ansvaret de har for å hjelpe pasienter med smerter.

## 1.2. Teori

### 1.2.1. Postoperativ smerte

All kirurgi medfører mekanisk skade på friskt vev (Wyller, 2019, s.185). Slik skade på vevet eller bevegelsesapparatet medfører smerte, da nociseptorene (nervefibrene) som leder smertesignaler opp til hjernen blir aktivert. Den skaden vevet utsettes for under kirurgi er som hovedregel midlertidig, da smerten forbundet med dette normalt vil gå over når skaden er reparert. Ifølge Nordtvedt (2016, s. 175) defineres derfor den påfølgende smerten etter skade på friskt vev som akutt smerte.

Smerte er en svært sammensatt opplevelse, hvor både følelsesmessige og tankemessige forhold spiller inn (Wyller, 2019, s. 115–116). Intensiteten av smertene kan til en viss grad undertrykkes, og det er stor variasjon i hvordan den enkelte pasient fortolker de nociseptive signalene. Nordtvedt og Nordtvedt (2018, s. 19) viser i sin bok til McCaffery (1984) sin definisjon av smerte, hvor hun definerer smerte som en subjektiv opplevelse:

«Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does». Det er altså bare personen som opplever smerten som vet hvordan smerten føles. McCaffery presiserer at hun med denne definisjonen konstaterer at smerte i seg selv ikke lar seg definere, og at det viktigste med denne definisjonen er at den formidler en bestemt holdning til at pasienten må bli trodd når han sier han har vondt. McCaffery holder også fast på at hennes definisjon av smerte ikke er rettet mot kun det pasienten sier, men innbefatter også de nonverbale signalene fra pasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 19–20).

### 1.2.2. Observasjon og vurdering av smerte:

Nordtvedt og Nordtvedt (2018, s. 37) påpeker at det ikke er tilstrekkelig å kun slå fast at smerte er subjektivt, da hele grunnlaget for smertelindring må bygge på mer enn kun å tro på pasienten. Grunnlaget for god smertelindring forutsetter ifølge Norsk legemiddelhandbok (2020a) systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging. Dette er en viktig del av sykepleien til postoperative pasienter, og omfatter blant annet å få rede på smertens lokalisasjon og intensitet, og i hvilken grad det hemmer pasientens mobilitet (Berntzen et al., 2016, s. 353–357).

Bruk av smertevurderingsskjema som numerisk skala (NRS), kan gi en pekepinn på hvor intense smertene er (Danielsen et al., 2016, s. 390). NRS er en skala som går fra 0-10, hvor 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelige smerte. NRS kan bidra til at pasienten selv kan gi en vurdering av smerten. Ved å systematisk anvende vurderingsskjemaet, og dokumentere funn, vil man kunne sammenligne smertene fra gang til gang, og vil slik sett vise effekten av smertebehandlingen. I følge Den norske legeförening (2009) bør målet med smertelindringen være at postoperative pasienter ikke overskrider 3 på NRS.

Pasienter med smerte kan oppleve en høy grad av stress, og kartlegging av smertesituasjonen dreier seg derfor ofte om identifisering av stress, samt hvordan dette påvirker pasientens grunnleggende behov (Danielsen et al., 2016, s. 389). Observasjon av fysiologiske tegn til smerter, som for eksempel forhøyet blodtrykk og puls, er viktig, men Danielsen et al. (2016, s. 389) understreker at fysiologiske tegn med tanke på smertens intensitet kan være usikre med tanke på stressnivå. Derfor er i tillegg observasjon av adferd nyttig i smertevurderingen. Eksempler på adferdsmessige reaksjoner på smerte kan være at pasientene gråter og ynker seg, har økende muskelspenninger, lager grimaser, eller har mye fokus på smerten.

Sykepleier må derfor være observant overfor både tydelige og vage tegn fra pasienten når hun skal vurdere pasientens totale opplevelse av smerte (Danielsen et al., 2016, s. 389). På bakgrunn av vurderingene som blir gjort, igangsettes smertestillende tiltak, som administrering av forhåndsordinert smertebehandling.

### 1.2.3. Postoperativ smertelindring:

Sykepleie skal være kunnskapsbasert; det vil si at sykepleier utfører valg og handlinger basert på forskning, erfaring og etter pasientens ønsker og behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Sykepleier har et eget personlig ansvar for å handle ut ifra etiske og juridiske retningslinjer, og er dessuten pliktet til å holde seg faglig oppdatert innen forskning (NSF, 2019, 1.3, 1.4).

Viktige mål for smertebehandling er at en bør tilstrebe at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser (Den norske legeförening, 2009). I tillegg skal pasienten ha mulighet til å bevege seg og puste godt for å unngå komplikasjoner. Danielsen et al. (2016, s. 398–399) understreker betydningen av at sykepleier informerer pasienten om hva målet med behandlingen er, og adekvat informasjon kan hjelpe pasienten til å kunne be om smertelindrende når han trenger det. Denne informasjonen bør komme i tillegg til den preoperative informasjonen pasienten får. Den norske legeförening (2009) påpeker nødvendigheten av at behandleren har tilstrekkelig kunnskap om mulige bivirkninger av behandlingen, og om hvordan disse kan forebygges og behandles. Berntzen et al. (2016, s. 310) fremhever sykepleierens forebyggende funksjon i forbindelse med dette. Gode retningslinjer innen smertebehandling skal sikre at pasienten får tilstrekkelig behandling uavhengig av geografi og ressurser (Den norske legeförening, 2009).

Standardbehandling for postoperativ smerte er multimodal smertelindring, som betyr at man angriper smerten fra flere ulike hold, for å oppnå best mulig effekt (Berntzen et al., 2016, s. 361). Opioidanalgetika brukes for å behandle moderate til sterke postoperative smerter (Norsk legemiddelhåndbok, 2020b). Opioider kan føre til flere bivirkninger, som blant annet respirasjonsdepresjon, sedasjon og kvalme. Ved bruk av opioider intravenøst er det en forutsetning å ha gode rutiner for kontinuerlig observasjon av effekt og eventuelle bivirkninger. På grunn av store individuelle variasjoner i opioidfølsomhet må dosen titreres etter effekt uansett administrasjonsvei.

Sykepleiers frykt for å påføre pasienten avhengighet og bivirkninger er ofte årsak til underbehandling av smerter (Danielsen et al., 2016, s. 402). En amerikansk registerstudie som omfattet over en million postoperative pasienter, viste at 0,6 % av pasientene utviklet opioidavhengighet i løpet av oppfølgingsperioden på median 2,7 år (Brat et al., 2018).

#### 1.2.4. Sykepleiers holdninger

Sykepleieren er pliktet til å ta pasientens formidling av smerte på alvor, samtidig som pasienten har rettighet til at hans opplevelse av smerte blir tatt hensyn til (Nordtvedt, 2016, s. 178). Siden smerte er en subjektiv opplevelse, er det vanskelig å verifisere og etterprøve holdbarheten i det pasienten formidler om sin smerte (Danielsen et al., 2016, s. 382). Bruk av kunnskap, erfaring og eget skjønn er derfor vesentlig for å kunne tolke pasientens smerte. For å kunne forstå smerten må man også anerkjenne pasientenes ulikheter når det gjelder både gener og fysiologiske forutsetninger, samt forhold som kan knyttes opp mot kulturelle og psykologiske forhold (Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s. 37). Kulturelle forhold kan knyttes til læring og sosialisering, hvor atferd og handling kommer til syne gjennom hva som er forventet i kulturen (Nordtvedt, 2016, s. 179). Dersom man ikke er seg bevisst disse faktorene, kan man risikere å handle ut ifra at ens egen oppfatning er mindre objektiv enn den egentlig er, og dermed anse sin egen vurdering som mer pålitelig enn pasientens egen opplevelse av smerte (Danielsen et al., 2016, s. 382).

For å kunne utføre profesjonell smertebehandling kreves det kontinuerlig bevisstgjøring av kunnskap, verdier og holdninger (Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s. 108). Vi kan være i tvil om pasientens opplevelse av smerte, men vi kan ikke avvise den, og slike situasjoner utfordrer sykepleierens ansvar og holdninger. Det moralske ansvaret ved smertelindring

kan føre til at sykepleier stilles i en vanskelig og utfordrende posisjon. Den polske sosiologen Zygmunt Bauman (1996) mener at dette ansvaret ikke kan styres ut ifra regelverk: «Det er lett å formulere retningslinjer, til og med regler for små og uvesentlige ansvarsforhold. Det er mye vanskeligere, ja nesten umulig å gjøre det for et virkelig svært, omfattende og grunnleggende ansvar. Jo viktigere det er at vi gjør noe, desto mer usikkert er det hva vi burde gjøre» (Bauman, 2018, sitert i Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s. 110).

### 1.2.5. Sykepleierens ansvar i relasjon til andre

Med rollen som sykepleier er man pliktet til å utføre handlinger i tråd med både yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) og lovverk (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg er det en forventning om at sykepleier innehar en rekke kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Eide & Eide, 2017, s. 26). Troverdigheten og tilliten, som gjerne følger med rollen, medfører også en tiltro til at sykepleier ikke bare har den nødvendige kompetansen, men innebærer også en forventning om å få hjelp. Ved å vise den andre tillit, fordres det et ansvar om å ikke misbruke makten som ligger i relasjonen. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen (2003) hevder at sykepleiers omsorg må bygge på ansvarlig maktbruk. Med utgangspunkt i Løgstrups situasjonsetikk sier hun: «forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og (at) moral spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet» (Martinsen, 2003, sitert i Kirkevold 2007, s. 172).

Det relasjonelle ansvaret sykepleier har overfor pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382), fordrer også gode kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 16). Eide og Eide (2017, s. 16) snakker om at profesjonell kommunikasjon er personorientert, og handler om at man ser på den andre som en unik person med egne iboende ressurser, verdier, ønsker og mål. Personorientert kommunikasjon innebærer å lytte aktivt til det pasienten sier, observere og fortolke verbale og nonverbale signaler, og å medvirke til gode beslutninger (Eide & Eide, 2017, s. 33). Ved å anerkjenne det pasienten sier, slik at han føler seg sett og lyttet til, bidrar til trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 155). Tilliten som skapes mellom pasient og pleier gjennom samtaler legger grunnlaget for en kunnskapsbasert og profesjonell smertebehandling (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 107–110), og er også viktig for godt samarbeid med pasienten. Pasientens egen opplevelse av smerte, og meninger om hva som kan hjelpe, er av stor betydning i smertevurderingen, samtidig som opplevelse av tillit og respekt kan bidra til bedre effekt av smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 388).

Det er mange sykepleiere som synes smertebehandling er vanskelig, da det ofte byr på moralske utfordringer (Bernhofer & Sorrell, 2015). Veiledning fra andre kollegaer kan da ha stor betydning for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 120). Det å søke hjelp fra kollegaer handler også om bevissthet om egen kompetanse. Det å være bevisst sine egne faglige begrensninger når tilstrekkelig smertelindring ikke oppnås, er i tråd med Helsepersonellovens krav til forsvarlighet: «Helsepersonell skal innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner, [...]. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell. [...]» (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

### 1.3. Formål og problemstilling

Underbehandling av smerter etter kirurgi, som kan føre til en rekke komplikasjoner og konsekvenser for pasienten, er noe en stor andel av pasienter både i Norge og resten av verden opplever. Sykepleier er den profesjonen som arbeider tettest med de postoperative pasientene på sengepost, noe som betyr at pasientene i stor grad er prisgitt sykepleiers kompetanse for å oppnå sikker og kvalitetsmessig smertehåndtering. Forskning viser at sykepleieres holdninger, og mangel på grunnleggende kunnskap, kan påvirke smertebehandlingen negativt.

Jeg ønsker derfor å undersøke utfordringer knyttet til smertehåndteringen av postoperative pasienter, med særlig fokus på sykepleiers kunnskap og holdninger, samt hvordan kompetansen til sykepleier utfordres i møte med postoperative pasienter med smerte.

«På hvilken måte er sykepleiers kompetanse av betydning for den postoperative pasienten med smerter?»

#### 1.3.1. Definisjoner av begreper

**Kompetanse:** «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013, sitert i Thidemann et al., 2020).

**Holdninger:** [...] en betegnelse for en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt overfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, med mer» (Svartdal, 2020).

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

I denne delen av oppgaven beskrives metoden som er anvendt for å komme frem til resultatene som skal bidra til å gi svar på problemstillingen. Metoden er redskapet som brukes for å kunne samle inn informasjon til undersøkelsen, og skal vise veien mot målet med oppgaven (Dalland, 2017, s. 52–54). Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor resultatene i hovedsak er funnet ved hjelp av systematiske søk i anerkjente databaser som er tilgjengelig fra *NTNUs fagside for medisin og helse*. Ved å søke systematisk, kan man komme frem til den best tilgjengelige kunnskapen for å kunne svare på problemstillingen (Helsebiblioteket, u.å.-a).

### 2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonstabell

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler med årstall 2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Barn (under 18 år)
Engelsk og skandinavisk språk	Utenfor sykehus
Voksne pasienter (over 18 år)	Artikler om smertelindring til rusavhengige
Postoperative pasienter med smerte	Artikler som omhandler keisersnitt
Sykepleier- og pasientperspektiv	
Må kunne relateres til norsk helsevesen	

### 2.3. Søkestrategi

I første omgang ble det forsøkt å søke med blant annet søkeordene «nursing knowledge», «competence», «nursing attitudes» og «postoperative pain» i flere ulike kombinasjoner og databaser. Dette ga få relevante treff. For å utvide søket valgte jeg derfor å legge inn OR mellom «competence» og «nursing knowledge». På databasen Cinahl ga dette totalt 110 treff etter å ha avgrenset treffet med årstall 2012-2022. På databasen Embase kom det opp 122 treff. Totalt var dette ganske mange treff, men på grunn av en rekke tidligere søk, var jeg derfor blitt godt kjent med flere av overskriftene, samt hvilke artikler som ikke var relevante. Ved å gå igjennom alle overskriftene fikk jeg innblikk i om artiklene hadde relevans for min problemstilling. Artikler som hadde det jeg anså som passende overskrifter ble med til videre undersøkelse dersom de i tillegg oppnådde mine kriterier for avgrensning, ved å i hovedsak se på utgivelsesland og artiklenes sammendrag. Det ble også søkt i andre databaser, men mange av de samme treffene gikk igjen.

Totalt ble sju artikler inkludert, hvor fem av disse ble funnet via systematiske søk som beskrevet, og en artikkel ble funnet gjennom «lignende» artikler i nevnte søkeprosess. Den siste artikkelen ble funnet ved søk i *Sykepleien Forskning* sin database.

## 2.4. Søketabell

Tabell 2 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Embase	21.04	S1	Nursing knowledge OR nursing knowledge		2834	
		S2	Competence OR competence*		190698	
		S3	S1 OR S2		193026	
		S4	Pain, postoperative OR postoperative pain		80557	
		S5	S3 AND S4	2012-2022	122	B,C,D
Cinahl	28.04	S1	Postoperative pain		19879	
		S2	Competence		90309	
		S3	Knowledge*		51450	
		S4	S2 OR S3		127049	
		S5	S1 AND S4	2012-2022	110	A,E
(«Lignende artikler» i Cinahl)						F
(Sykepleien forskning)						G

### Inkluderte artikler:

**A:** Van Dijk et al. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3500–3510.

**B:** Rognstad et al. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 545–552.

**C:** Wikström et al. (2015). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 802–812.

**D:** Angelini et al. (2020). Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1662–1672.

**E:** Yin et al. (2015). Systematic review of the predisposing, enabling, and reinforcing factors which influence nursing administration of opioids in the postoperative period. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 259–275.

**F:** Ericksson et al. (2016). Patients' experiences and actions when describing pain after surgery – A critical incident technique analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 27–36.

**G:** Granheim et al. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326–334.

## 2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler

Artikler som møtte mine inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble videre vurdert opp mot NTNUs forenklede sjekklister som er basert på *Helsebibliotekets* sjekklister for kvalitative og kvantitative studier. Artiklene ble også søkt opp i *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* for å sikre at de var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Alle de valgte artiklene er vurdert til nivå 1 eller 2 (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

Relevans og pålitelighet er grunnleggende ved innsamling av data (Dalland, 2017, s. 60). Ved utvelgelsen av artiklene, var det, i tillegg til at de måtte ha relevans for min problemstilling, et kriterium at de hadde tydelig imrad-struktur, og at de generelt var bygd opp og beskrevet på en måte som virket troverdig. Metod delen ble undersøkt nøye, for å kunne få innsikt i hvor mange, og hvem som var deltakere i studien, samt hvordan undersøkelsen foregikk. Jeg leste også på studienes metoderefleksjon for å få innsikt i om det var noen skjevehter ved undersøkelsen som gjorde at den ikke kunne oppfattes som like troverdig, eller kunne generaliseres til lignende kontekster.

Det ble ansett som viktig at artiklene kunne relateres til norsk helsevesen. Siden jeg med min problemstilling anvender kompetansebegrepet, ble artikler fra land med svært forskjellig kultur og utdanningsforløp enn Norge utelukket. Mitt utvalg består av en oversiktsartikkel, en artikkel fra Nederland, og fem skandinaviske artikler.

Det er også tilstrebet å få tak i artikler som er av nyere dato. De fleste av artiklene er publisert etter 2015, med unntak av en artikkel som ble publisert i 2012.

Tre av artiklene jeg har valgt anvender kvalitativ metode. Kvalitativ forskning tar ifølge Dalland (2017, s. 52) sikte på å få frem meninger og opplevelser, noe som jeg mener er sentralt for å kunne svare på hvilken betydning sykepleiers kompetanse har for pasienten. Det er også inkludert artikler som anvender kvantitativ metode, som også blir sett på som nyttig da de angir målbare data (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven bidrar den kvantitative forskningen til å blant annet gi målbare data innen ulike områder ved sykepleiers kompetanse. Både kvantitativ og kvalitativ forskning bidrar på hver sin måte til å gi en forståelse av hvordan enkeltpersoner eller grupper handler eller samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Det er også inkludert en systematisk oversiktsartikkel. En slik metode anvender resultater fra tidligere studier, noe som kan gi en god forståelse av hva forskningen har vist om en bestemt problemstilling (Helsebiblioteket, u.å.-b). Problemstillingen i valgte oversiktsartikkel ble ansett til å være relevant for min oppgave, og jeg mener at den, i tillegg til å gi en bredere forståelse, bidrar til å øke troverdigheten av andre resultater i denne oppgaven.

## 2.6. Analyse

Artiklene ble analysert ved hjelp av Evans (2002) analysemodell, en modell bestående av fire trinn:

*Trinn 1: Innsamling av artikler:* Dette trinnet er tidligere beskrevet i dette kapittelet.

*Trinn 2: Identifisere de viktigste funnene (nøkkelfunnene) i hver artikkel:* Dette ble utført ved at jeg først skrev dem ut i papirform for å få en bedre oversikt. Artiklene ble lest gjentatte ganger for å få en god forståelse av innholdet. Nøkkelfunnene ble underveis i



lesingen markert med tusj, og deretter skrevet ned. Kun resultater som ble ansett til å ha relevans for min problemstilling ble inkludert.

*Trinn 3: Relatere temaer på tvers av studier:* Nøkkelfunnene ble så sortert på tvers av studiene, og dette resulterte i fire hovedtemaer, se tabell 3.

*Trinn 4: Beskrivelse av fenomenet:* Hovedtemaene blir beskrevet med henvisning til de originale artiklene for å sjekke nøyaktigheten av beskrivelsen. Sammenfatningen av artiklene presenteres i resultatdelen, kapittel 3.2.

Tabell 3 Tema med nøkkelfunn

Hovedtema	Nøkkelfunn	Artikler
<b>Frykt for avhengighet og bivirkninger</b>	Mistanker Sykepleiere om bivirkninger og faren for avhengighet Kunnskapssvikt Pasienters syn på opioider Pasienters strategier	D A, C, G, B E A,C,F F
<b>Kunnskap og erfaring</b>	Kompetanse verdifullt i smertebehandling Erfaring og fallgruver Smerter utenfor normalen skaper usikkerhet	C, D D C
<b>Holdninger til pasientens smerte</b>	Undervurdering av smerte Negative holdninger Pasientens ressurser til å beskrive smerte Underrapportering av smerte	B D,F,G C,F F
<b>Samarbeid og kommunikasjon</b>	Samarbeid i smertevurderingen Sykepleiers kommunikasjonsevner Informasjon for å øke pasientens kunnskap	C,D,E C,D A, F

## 3. Resultater

### 3.1. Artikkelmatrise

Tabell 4 Artikkelmatrise

Artikkel A	
<b>Referanse</b>	Van Dijk et al. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres og pasienters kunnskap og tro på smertebehandling, og å utforske effekten av informasjon og opplæring på pasienters og sykepleieres kunnskap og tro på smertebehandling.
<b>Metode</b>	En randomisert kontrollstudie, og en tverrsnittstudie. Pasientgruppen bestod av totalt 760 deltakere, hvor halvparten av disse ble allokert til en intervensjonsgruppe som fikk preoperativ informasjon om komplikasjoner av postoperative smerter. Kunnskapen og troen til sykepleiere ble studert i 2014 i en tverrsnittstudie hvor 1184 sykepleiere var deltakere.
<b>Resultat</b>	I intervensjonsgruppen var pasientenes kunnskapsnivå signifikant høyere enn i kontrollgruppen, men det ble ikke funnet noen forskjeller i tro. De fleste pasientene hadde vedvarende bekymringer rundt opioider. Sykepleierne hadde høyere kunnskap og mer positiv tro på smertebehandling enn pasientene i begge gruppene. Det viste seg likevel at en stor andel av sykepleierne hadde bekymringer rundt bruken av opioider. Sykepleiere med smerteutdanning skåret bedre enn sykepleiere uten ekstra smerteutdanning og hadde lavere barrierer i å administrere opioider. Sykepleierne ble også spurt om hvor mange prosent av smertesårene som stemte med deres inntrykk av pasientenes smerte, og funn av gjennomsnittet var 63 %.
<b>Kommentar</b>	-Effekten av preoperativ informasjon. -Synliggjør betydningen og behovet for kunnskap hos både pasienter og sykepleiere

Artikkel B	
<b>Referanse</b>	Rognstad et al. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards
<b>Hensikt</b>	Å undersøke holdninger, tro og selvrapportert kompetanse med hensyn til smertebehandling hos sykepleiere og leger på kirurgiske avdelinger. Tverrprofesjonelle forskjeller mellom leger og sykepleiere ble også undersøkt.
<b>Metode</b>	Studien har et beskrivende tverrsnittsundersøkelingsdesign. Sykepleiere og leger fra kirurgiske avdelinger på tvers av 17 avdelinger ved fem sykehus i ulike deler av Norge (Nord-, Midt- og Sør-Norge) var med i undersøkelsen. Totalt 536 deltakere (128 leger og 407 sykepleiere) fra ulike kirurgiske avdelinger fylte ut et spørreskjema som målte holdninger, tro og egen-rapportert kompetanse om postoperativ smerte.

<b>Resultat</b>	95% av legene og 86% av sykepleierne svarte at de ofte, eller svært ofte, oppnådde tilfredsstillende smertelindring. Totalt anså 69% av deltakerne seg som kompetente i behandling av nociseptive smerter. På spørsmål om hvor ofte pasientene spurte om smertestillende svarte 60% av sykepleierne at de gjorde dette ofte. Majoriteten av legene og sykepleierne rapporterte om lav kunnskap om nevropatisk smerte. Bare omtrent halvparten av deltakerne rapporterte om at de var interesserte i å gi bedre smertebehandling.
<b>Kommentar</b>	-Å få innsikt i helsepersonells egen-rapporterte kompetanse kan belyse mulige problemområder knyttet til smertehåndtering

<b>Artikkel C</b>	
<b>Referanse</b>	Wickstøm et al. (2016). Healthcare professionals descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis
<b>Hensikt</b>	Å kritisk vurdere hendelser for å beskrive omsorgsopplevelser og handlinger utført av helsepersonell ved vurdering av postoperativ smerte
<b>Metode</b>	En utforskende kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer ved bruk av Critical incident technique. Totalt 24 strategisk utvalgte sykepleiere (18) og leger (6) ansatt ved ortopediske eller generelle kirurgiske avdelinger ved fire svenske sykehus ble intervjuet (varighet 25-70 min.).
<b>Resultat</b>	Pasientens kommunikasjonsevner påvirket kvaliteten på smertebehandlingen. Studien belyser betydningen av helsepersonells kommunikasjonsferdigheter. Tid og arbeidsplan hadde innvirkning på smertemålingene. Klinisk kompetanse og kontinuitet i pleien ble sett på som verdifullt i smertevurderingen. Pasientobservasjoner, enten passive eller aktive, ble brukt for å bekrefte eller oppdage smerte. Samarbeid mellom helsepersonell, inkludert konsultasjoner med smerteeksperter, sosialarbeidere og pårørende styrket smerteforståelsen.
<b>Kommentar</b>	-Kommunikasjonsferdighetene til både sykepleier og pasient har innvirkning på utførelsen av smertevurdering og kvaliteten på pleien -Pasient og pårørendes perspektiv på aktuell smerte er viktig for å ivareta pasientens behov, i tillegg til samhandling på tvers av profesjoner

<b>Artikkel D</b>	
<b>Referanse</b>	Angelini et al. (2020). Healthcare practitioners experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care – A qualitative study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med postoperativ smertebehandling til pasienter som gjennomgår lumbal ryggradskirurgi ved å identifisere helsepersonells atferd, holdninger og strategier.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Det ble utført dybdeintervjuer (ca. 50 min.) ved et universitetssykehus i Sverige med 9 helsepersonell (3 leger, 3 sykepleiere og 3 fysioterapeuter), med yrkeserfaring fra 1,5 mnd. til 25 år, menn og kvinner.
<b>Resultat</b>	Gjennom intervjuene var det enighet om at den mellommenneskelige relasjonen er nøkkelkomponenten i postoperativ smertelindring. Lang erfaring ble identifisert som en fordel, men kunne også føre til fallgruver, da det kunne være ulike forforståelser til forventet smertenivå etter inngrepet. Det ble funnet at sykepleierne kunne kjenne på utilstrekkelighet på grunn av stress og/ eller mangel på erfaring når postoperativ smertelindring ikke kunne behandles som forventet, noe som påvirket kvaliteten på omsorgen.

	Helsepersonells mistanke om overforbruk/ avhengighet av opioider oppleves som en byrde, da det oppstår et etisk dilemma når de ville, men ikke klarte å stole på pasienten. Samarbeid var viktig for å kunne gi bedre omsorg. Utilstrekkelig samarbeid kunne påvirke pasienten og føre til dårligere omsorg.
<b>Kommentar</b>	-Belyser ulike utfordringer og innen smertehåndtering, men også hva som kan bidra til økt kvalitet på den postoperative behandlingen.

<b>Artikkel E</b>	
<b>Referanse</b>	Yin et al. (2015). Systematic review of the predisposing, enabling and reinforcing factors which influence nursing administration of opioids in the postoperative period
<b>Hensikt</b>	Målet var å kunne gi en oversikt over sykepleieres administrering av opioidanalgetika foreskrevet «ved behov» for postoperativ smerte, og å identifisere viktige faktorer som avgjør sykepleieres beslutninger ved å se på de disponerende, muliggjørende og forsterkende faktorene som påvirket administrering av opioidanalgetika hos sykepleiere.
<b>Metode</b>	Systematisk oversiktsartikkel. Ble utført søk i databaser i perioden 2000-2012, hvor 39 studier oppfylte kriteriene for inkludering. Studier ble vurdert som kvalifisert for gjennomgang dersom de fokuserte på situasjoner eller faktorer som påvirker sykepleiers prestasjoner i smertevurdering og administrering av opioider i postoperativ smertebehandling. Kun fagfellevurderte artikler publisert på engelsk ble inkludert.
<b>Resultat</b>	Sykepleier spiller en viktig rolle i håndtering av pasientens smerter i den postoperative perioden. Kunnskapssvikt ble observert å være årsaken til de fleste tilfeller av en sykepleiers manglende evne til å administrere tilstrekkelig smertelindring ved postoperative smerter. Smerterelatert utdanning ble ansett som å være hjørnesteinen for å kunne forbedre smertebehandlingen. Nøkkelt strategier for å kunne forbedre smertebehandlingspraksis bør inkludere opplæring av personalet for å rydde opp i misoppfatninger angående opioidanalgetika, bruk av standardiserte smertevurderingsverktøy og dokumentasjon.
<b>Kommentar</b>	-Belyser betydningen av kunnskap for å administrere tilstrekkelig smertelindring.

<b>Artikkel F</b>	
<b>Referanse</b>	Ericksson et al. (2016). Patients experiences and actions when describing pain after surgery
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke pasienters opplevelser og handlinger når de hadde behov for å beskrive postoperativ smerte.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med et eksplorativt design ved bruk av Critical incidence technique. 22 pasienter fra ett universitets- og tre fylkessykehus ble inkludert i studien.
<b>Resultat</b>	Denne studien viser at pasientenes evne til å beskrive smerte var individuell, men ble påvirket av blant annet helsepersonells tid. Dialogen mellom helsepersonell og pasient var vesentlig for å finne ut hvilke forventninger og kunnskap pasienter har om smerte og smertebehandling, samt pasientens vilje til å delta i smertebehandlingen. Manglende sammenheng mellom helsepersonells prosedyrer skapte usikkerhet hos pasienten.

	Pasienter var redde for å komme i konflikt med helsepersonell og å bli ansett som en plage. Studien viser at pasienter er avhengige av helsepersonells kunnskap om hva som er den beste omsorgen for dem, men lange ventetider på smertelindring påvirker tilliten til dem. Selv om helsepersonellet oppfordret pasientene til å ringe på klokka når de hadde smerter, var det mange pasienter som ikke visste hvor mye smerte det var forventet at de skulle tåle før de gjorde det. Studien viser at det er forbedringsmuligheter i smerteprosedyren og i utveksling av kunnskap mellom pasient og helsepersonell.
<b>Kommentar</b>	-Relevant da kunnskap om variasjoner i pasientenes opplevelser og handlinger kan hjelpe sykepleiere til å forbedre smertebehandlingen og øke pasientdeltakelsen i smertevurderingen

<b>Artikkel G</b>	
<b>Referanse</b>	Granheim et al. (2015). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne
<b>Hensikt</b>	Å få økt kunnskap om sykepleieres og studenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne
<b>Metode</b>	En deskriptiv tverrsnittstudie der data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses knowledge and attitudes survey regarding pain (NKAS-N). Kartleggingsverktøyet er utviklet av McCaffery og Ferrell. Studien inkluderte totalt 82 sykepleiere fra fem kirurgiske sengeposter ved ett universitetssykehus, og 83 sykepleiestudenter på siste året ved en høyskole.
<b>Resultat</b>	Prosentvis gjennomsnittlig riktige svar var 71,1% for sykepleiere og 58,5 % for sykepleierstudentene. Sykepleierne skåret signifikant bedre enn sykepleierstudentene. Sykepleierne og sykepleierstudentene hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder. Men studien avdekket at sykepleierne og sykepleierstudentene var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Videre funn var at det var gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier i undersøkelsen.
<b>Kommentar</b>	-Synliggjøring av hvordan kunnskap og holdninger kan påvirke smertebehandlingen.

## 3.2. Tematisk resultat

### 3.2.1. Frykt for avhengighet og bivirkninger

Studien til Angelini et al. (2020) viste at subtile tegn på avhengighet overstyrte helsepersonellens etiske ansvar for å lindre smerte. Flere av studiene avdekket at sykepleiere var engstelige for at pasientene skulle utvikle opioidavhengighet som følge av den postoperative smertelindringen (Angelini et al., 2020; Granheim et al., 2015; Van Dijk et al., 2017; Wikström et al., 2015). I studien til Rognstad et al. (2012) svarte imidlertid 66 prosent av deltakerne (sykepleiere og leger) at opioidavhengighet som følge av postoperativ smertelindring forekom sjelden, eller aldri.

I en systematisk oversiktsartikkel kom det frem at kunnskapssvikt var den viktigste årsaken til sykepleiers manglende evne til å administrere tilstrekkelig smertelindring ved postoperative smerter (Yin et al., 2015).

Opioidavhengighet, og andre bivirkninger som følger av postoperativ smertelindring, var også noe flere pasienter var engstelige for (Eriksson et al., 2016; Van Dijk et al., 2017; Wikström et al., 2015). Noen pasienter var derimot mer engstelig for å ikke bli tilstrekkelig smertelindret, og tok derfor med seg egne smertestillende medikamenter til sykehuset uten å informere helsepersonell (Eriksson et al., 2016). I resultatet av studien til Van Dijk (2017) kom det frem at preoperativ informasjon om smerte og behandling bidro til å øke kunnskapen til pasientene, men bidro derimot ikke til å endre pasientenes negative eller feilaktige oppfatninger om opioider.

### 3.2.2. Kunnskap og erfaring

Klinisk kompetanse og lengre erfaring ble sett på som verdifullt i smertevurderingen (Angelini et al., 2020; Wikström et al., 2015). Men i studien til Angelini et al. (2020) kom det også frem at lengre erfaring kunne føre til fallgruver, da helsepersonell kunne ha forutinntatte oppfatninger om hvilket nivå av smerte pasienten kunne komme til å oppleve etter type kirurgi. Pasienter som opplevde smerte og reagerte «utenfor normalen» skapte usikkerhet (Wikström et al., 2015).

Studien av Van Dijk et al. (2017) viste at sykepleiere med ekstra smerteutdanning hadde mer kunnskap og lavere barrierer til bruk av opioider i postoperativ smertebehandling. Flere av artiklene påpeker at mer utdanning, eller en forbedring av grunnutdanningen, kan bidra å styrke sykepleieres og helsepersonells kompetanse i smertehåndtering (Eriksson et al., 2016; Granheim et al., 2015; Rognstad et al., 2012; Van Dijk et al., 2017). I studien av Rognstad et al. (2012) kom det frem at kun 57 prosent av sykepleierne var interesserte i å gi bedre smertebehandling.

### 3.2.3. Holdninger til pasientens smerte

Rognstad et al. (2012) peker på muligheten for at helsepersonell undervurderer pasientens smerte, da 86 prosent av sykepleierne rapporterte om at pasientene ved deres avdelinger ofte, eller veldig ofte, oppnådde tilfredsstillende smertelindring. To studier bekrefter at helsepersonells holdninger kan føre til dårligere kvalitet på den postoperative smertebehandlingen (Angelini et al., 2020; Eriksson et al., 2016). Dette belyses også i studien av Granheim et al. (2015), hvor det kom frem at sykepleiere og sykepleierstudenter er mer tilbøyelige til å gi opioider til pasienten som skjærte grimaser enn til en pasient som smilte.

I studien til Eriksson et al. (2016) var det pasienter som under-rapporterte smerte av frykt for å komme i konflikt med helsepersonell. Det var stor variasjon i hvordan pasientene uttrykket smerte, og pasientenes ressurser påvirket deres evne til å beskrive smertene (Eriksson et al., 2016; Wikström et al., 2015). Studien til Wikström et al. (2015) viser at pasientens kommunikasjonsevner påvirket kvaliteten på smertevurderingen.

### 3.2.4. Samarbeid og kommunikasjon

Studien av Wikström et al. (2015) konkluderte med at målet for smertevurderingen er knyttet til pasientens behov, samt trygg administrering av opioider, og kan oppnås ved å involvere både pasienten, pårørende, sykepleiere og leger. Flere belyser betydningen av

samarbeid i smertevurderingen (Angelini et al., 2020; Wikström et al., 2015; Yin et al., 2015). Samarbeidet fungerte dårlig dersom helsepersonellet hadde forskjellige mål for smertebehandlingen (Angelini et al., 2020).

Ifølge Angelini et al. (2020) ble nøkkelkomponenten i smertelindring funnet å være relasjonen mellom pleier og pasient. God kommunikasjon, og bevisstgjøring av egne kommunikasjonsevner var viktig for å få en forståelse av pasientens smerter (Eriksson et al., 2016; Wikström et al., 2015). Eriksson et al. (2016) viser at dialogen var viktig for å få innsikt i hvilken kunnskap pasienten har om smerte og behandling, samt for å gjøre dem mer delaktige i smertevurderingen.

## 4. Diskusjon

I denne delen av oppgaven drøftes problemstillingen i henhold til resultater fra forskning og tidligere presentert teori, samt egne erfaringer fra praksis.

«På hvilken måte er sykepleiers kompetanse av betydning for den postoperative pasienten med smerter?»

### 4.1. Frykt og oppfatninger i forhold til smertebehandlingen

Sykepleier har et etisk ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019, 2.10). Flere studier viser at mange sykepleiere var engstelige for at pasientene skulle utvikle opioidavhengighet som følge av den postoperative smertebehandlingen (Angelini et al., 2020; Granheim et al., 2015; Van Dijk et al., 2017; Wikström et al., 2015). Ifølge Danielsen (2016, s. 402) er sykepleieres frykt for avhengighet og bivirkninger ofte årsak til underbehandling av smerter. I studien av Granheim et al. (2015) ble dette synliggjort gjennom to pasienthistorier. Sykepleierne og studentene var her restriktive i bruken av opioider grunnet frykt for respirasjonsdepresjon og avhengighet. I studien av Angelini et al. (2020) kom det frem at sykepleierne ble avventende med å smertelindre dersom de også var usikre på pasienten. Nordtvedt og Nordtvedt (2018, s. 108) mener at det er nødvendig med kontinuerlig bevisstgjøring av både kunnskap, verdier og holdninger for å kunne utføre profesjonell smertebehandling.

I kirurgisk praksis observerte jeg at når pasienter gjentatte ganger ba spesifikt om mer opioider som smertelindring, kunne dette føre til at sykepleierne ble mistenksomme til pasientens faktiske behov for smertelindring. Studien til Angelini et al. (2020) viser at det jeg opplevde i praksis ikke er helt uvanlig, da selv subtile mistanker om avhengighet overgikk sykepleiernes etiske ansvar for å lindre smerte. På tross av at sykepleierne har både retningslinjer og lovverk å følge, opplever mange sykepleiere smertelindring som moralsk utfordrende (Bernhofer & Sorrell, 2015). Den polske sosiologen Zygmunt Bauman (1996) mener imidlertid at det moralske ansvaret ikke kan styres ut ifra regelverk. Dette sier han om retningslinjer: «[...] Jo viktigere det er at vi gjør noe, desto mer usikkert er det hva vi burde gjøre» (Bauman, 1996, sitert av Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s. 110). Sykepleierne er trolig klar over viktigheten av å lindre smerte, men tvilen gjør dem avventende og usikre på hva de faktisk burde gjøre.

Samtidig kan en spørre seg om frykten for bivirkninger og avhengighet er berettiget. Det er det kjent at opioider er svært potente legemidler som kan føre til en rekke bivirkninger (Norsk legemiddelhåndbok, 2020b), og en forutsetning for å kunne administrere slike legemidler er kunnskap om potensielle bivirkninger og behandling av dem (Den norske legeforening, 2009). På en annen side viser forskning at sannsynligheten for at pasienten utvikler avhengighet postoperativt ligger på under 1 prosent (Brat et al., 2018). Til sammenligning opplever rundt 10 prosent av pasientene langvarige smerter etter operasjon (Breivik & Ljoså, 2021). Det å ha respekt for opioiders virkning og bivirkning synes å være viktig, men samtidig må ikke sykepleier glemme sin forebyggende funksjon i smertehåndteringen (Berntzen et al., 2016, s. 310), da underbehandling av smerter i seg selv kan føre til konsekvenser som utvikling av kroniske smerter og langvarig



opioidbruk (Gan, 2017). Resultatet av en systematisk oversiktsartikkel viser at kunnskapssvikt var den viktigste årsaken til sykepleieres manglende evne til å administrere tilstrekkelig smertelindring (Yin et al., 2015). At kunnskap om smerter og smertebehandling har betydning for administrering av opioider bekreftes av Van Dijk et al. (2017), som i sin studie avdekket at sykepleiere med ekstra smerteutdanning hadde lavere barrierer i administrering av opioider enn sykepleiere uten smerteutdanning. I en norsk studie av Rognstad et al. (2012), der deltakerne hadde høy selvrapportert kompetanse, kom det frem at 66 prosent av dem svarte at avhengighet som følge av den postoperative smertebehandlingen var noe som forekom sjelden, eller aldri.

Flere studier trekker frem at også pasienter var engstelige for bivirkninger og avhengighet (Eriksson et al., 2016; Van Dijk et al., 2017; Wikström et al., 2015). Bekymringer eller tvil rundt effekten av opioider kunne føre til at pasientene holdt tilbake informasjon om sine smerter (Wikström et al., 2015). Det er ifølge Danielsen et al. (2016, s. 398) viktig at pasienten får tydelig informasjon om hva målet med smertebehandlingen er, og Den norske legeforening (2009) peker på at hovedmålet med smertelindring er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, i tillegg til at den skal tilstrebe at pasienten unngår komplikasjoner.

Studien av Eriksson et al. (2016) viser at tidligere erfaringer, eller nyervervet kunnskap om smertelindrende, kunne påvirke pasientens holdninger til smertebehandling negativt. Pasienter som tvilte på effekten, eller som hadde tidligere erfaring med utilstrekkelig smertebehandling postoperativt, tok med egne smertestillende medikamenter uten å informere helsepersonellet (Eriksson et al., 2016). Van Dijk et al. (2017) undersøkte hvilken effekt preoperativ informasjon og opplæring hadde på pasientenes kunnskap og oppfatninger om smertebehandling. Resultatet av studien viser at pasientene fikk økt kunnskap, men informasjonen de fikk endret derimot ikke negative eller feilaktige oppfatninger om smertebehandling. Dette viser at det er mange utfordringer knyttet til opioidbehandling. Kanskje kan samfunnets stigmatisering av opioidavhengige spille en rolle når det gjelder hvordan pasienter forholder seg til egen behandling med opioider, samtidig som andre pasienter muligens trenger mer kunnskap og bevisstgjøring om begrensning av slik bruk.

## 4.2. Kunnskap og erfaring

Som tidligere nevnt, kan mangel på kunnskap og moralske utfordringer påvirke smertebehandlingen negativt (Angelini et al., 2020; Yin et al., 2015). Sykepleierne i to kvalitative studier understreket verdien av klinisk kompetanse og lengre erfaring i møte med postoperative pasienter med smerte (Angelini et al., 2020; Wikström et al., 2015). Dette ble beskrevet som å ha et klinisk blikk, da de «senset» pasientens smerte ved å observere pasientens atferd, en kompetanse de forklarte at kom med erfaring (Wikström et al., 2015). Lengre erfaring kunne også føre til fallgruver. Deltakerne i studien av Angelini et al. (2020) forklarte at erfaring knyttet til ulike inngrep kunne føre til forutinntatte forventninger om hvilket smertenivå pasienten kunne komme til å forvente postoperativt. Dette underbygger betydningen av å anerkjenne pasientenes ulikheter, med tanke på ulike forutsetninger og faktorer som påvirker smerteopplevelsen, og som er viktig for å kunne forstå pasientens smerter (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 37). I studien av Wikström et al. (2015) kom det frem at pasienter som reagerte utenfor «normalen» skapte usikkerhet hos sykepleierne. Sykepleierne følte seg utilstrekkelige når pasientens smerte ikke kunne behandles som forventet, noe som påvirket kvaliteten

på omsorgen (Angelini et al., 2020). På den ene siden kan det være en stor fordel å ha erfaringer med hvilket nivå av smerte det kan forventes hos den gjennomsnittlige pasienten knyttet til type operasjon. Men på den andre siden betyr den lange erfaringen ikke nødvendigvis at sykepleier er «fritatt» fra å kartlegge smerten nøyaktig, noe som understøttes av Norsk legemiddelhåndbok (2020a), da smertebehandling også krever at kartleggingen utføres systematisk og standardisert.

Angelini et al. (2020) viser til at helsepersonell med lengre erfaring hadde lettere for å velge mellom ulike behandlinger, i tillegg til at erfaringen bidro til større kapasitet til å gi mer personlig omsorg til pasientene. Fordelen hos de mindre erfarne sykepleierne i viste seg å være at de var mer lydhøre overfor pasienten (Angelini et al., 2020). At pasienten opplever å bli trodd på, gjennom å bli vist en slik tillit, kan ifølge Danielsen et al. (2016, s. 388) bidra til å forsterke effekten av smertebehandlingen. De mindre erfarne sykepleierne i studien forklarte at de var bevisste sin manglende kunnskap, og søkte råd hos de med mer erfaring for å gi best mulig omsorg. Jeg erfarte identifisering og behandling av smerte i praksisperioden som utfordrende, og opplevde betydningen av å ha en erfaren veileder å støtte seg på. Etter å ha fulgt samme pasient over tid, var det jeg som satt på mest kunnskap om pasientens smerter. Studien av Eriksson et al. (2016) viser at pasientene syntes det var lettere å bli fulgt opp av samme sykepleier over tid, og forklarte at dette lettet kommunikasjonen, da smertevurderingen ikke trengte samme nøyaktige beskrivelse hver gang. Dette forteller meg at hver enkelt sykepleiers kompetanse er viktig, og også det å etter hvert tørre å stole på egen kompetanse for å kunne møte pasientens behov best mulig.

Granheim et al. (2015) avdekket at sykepleierne og studentene hadde gode teoretiske kunnskaper på flere områder, men at de på noen områder hadde problemer med å anvende teorien i praksis. Dette ble synliggjort gjennom to pasienthistorier, der en stor andel av deltakerne valgte å gi en ineffektiv dose, eller avsto fra å gi morfin, til tross for at pasienten hadde oppgitt 8 på NRS. At pasientens og sykepleierens vurdering ikke alltid samsvarer kommer også frem i studien av Van Dijk et al. (2017), hvor sykepleierne i gjennomsnitt oppga samsvar i 63 prosent av tilfellene. I studien av Eriksson et al. (2016) kom det frem at mange pasienter stolte blindt på sykepleiers kompetanse, og overlot ansvaret for vurderingene til sykepleier. Andre pasienter igjen ble usikre når de observerte manglende sammenheng i smertevurderings-proseduren, da sykepleierne hadde ulike tilnærminger, eller unnlot å stille oppfølgings spørsmål (Eriksson et al., 2016). Et viktig poeng med smertevurderingen og behandlingen er at det krever dokumentasjon, slik at en blant annet kan sammenligne smertene fra gang til gang (Danielsen et al., 2016, s. 388). I praksisstudiene observerte jeg at kontinuerlig dokumentasjon av smerteintensitet hovedsakelig ble gjennomført ved epiduralanalgesi. Dette kommer også frem i studien av Wickstrøm et al. (2015).

Flere av studiene peker på at mer utdanning, eller en forbedring av grunnutdanningen, vil kunne heve kvaliteten på smertehåndteringen gjennom å styrke sykepleieres kompetanse (Eriksson et al., 2016; Granheim et al., 2015; Rognstad et al., 2012; Van Dijk et al., 2017). Yin et al (2015) peker på at en forbedring av smertebehandlingspraksisen bør inkludere opplæring av helsepersonell, for å rydde opp i eventuelle misoppfatninger angående opioider, samt anvendelse av standardiserte smertekartleggingsverktøy og dokumentasjon. I Rognstad et al. (2012) avdekket imidlertid at kun 57 prosent av sykepleierne var interesserte i å gi bedre smertebehandling. Majoriteten av deltakerne i studien hadde riktignok høy selvrappert kompetanse i å smertelindre. I og med at forskningen stadig kommer med noe nytt, bør

sykepleiere ta høyde for at deres kompetanse alltid kan ha forbedringspotensiale, i tråd de yrkesetiske retningslinjene til NSF (2019, 1.4), om at sykepleiere er pliktet til å holde seg oppdatert på forskning.

### 4.3. Sykepleiers holdninger til pasienten

Det finnes ingen fasit på hvordan pasienter reagerer på smerte, da opplevelsen er svært sammensatt, og er knyttet til både følelser og tanker, gener og kulturelle forhold (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 37; Wyller, 2019, s. 115–116). Sykepleier har selv ansvar for hvordan hun velger å forholde seg til pasienten. Man kan være i tvil om pasientens smerte, men man kan ikke avvise den (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 108). To studier peker på at helsepersonells negative holdninger til pasienter fører til dårligere kvalitet på smertebehandlingen (Angelini et al., 2020; Eriksson et al., 2016). Pasienter i studien til Angelini et al. (2020) valgte å avstå fra å si ifra når de hadde smerter av frykt for å bli oppfattet som sutrete. Å bli møtt med vennlighet og respekt bidro til at pasientene lettere kunne beskrive smertene. Videre kunne lang ventetid på smertelindring gjøre at pasientene fikk en fornemmelse av at helsepersonellet ikke trodde på at de hadde sterke smerter, noe som førte til mistillit. Dette belyser betydningen av sykepleierens relasjonelle ansvar og den makten sykepleierrollen innehar. Kari Martinsen beskriver dette godt når hun sier at sykepleiers omsorg bør bygge på ansvarlig maktbruk (Martinsen, 2003, sitert i Kirkevold, 2007, s. 172). Tillit skapes ifølge Eide og Eide (2017, s. 33) gjennom anerkjennelse og gjennom å bli sett og lyttet til. Opplevelsen av å bli tatt på alvor kan være bidragsytende til at pasientene i større grad våger å si ifra når de har smerter.

Med rollen som sykepleier følger en forventning fra pasienten om å få den hjelpen han trenger (Eide & Eide, 2017, s. 26). McCaffery, med sin definisjon av smerte som en subjektiv opplevelse, presiserer at den krever en bestemt holdning til at pasienten må bli trodd når han sier han har smerte. Granheim et al. (2015) viste gjennom to pasienthistorier at deltakerne var mer tilbøyelige til å gi morfin til pasienten som skar grimaser enn til pasienten som smilte. McCaffery, som hadde vært med å utvikle spørreskjemaet som ble anvendt i nevnte studie, var klar på at siden begge pasientene i historiene oppga smerteintensitet åtte på NRS, var det akkurat det de hadde. Slik forstått kan smertelindring nærmest virke ganske ukomplisert, dersom kartleggingen kun går ut på å spørre pasienten om hvilket smertenivå han har. Nordtvedt og Nordtvedt (2018, s. 37) er imidlertid klar på at grunnlaget for smertelindring må bygge på mer enn å kun slå fast at smerte er subjektivt, noe som støttes av Den norske legeforening (2009) og Norsk legemiddelhandbok (2020a). I tråd med disse hevder Danielsen et al (2016) at smertelindrende tiltak skal igangsettes på bakgrunn av kartlegging og vurderinger som er gjort for å identifisere pasientens totale opplevelse av smerte.

I studien av Rognstad et al. (2012) rapporterte hele 86 prosent av sykepleierne om at pasientene ved deres avdelinger svært ofte, eller ofte, oppnådde tilfredsstillende smertelindring. Med kunnskap om at en stor andel av postoperative pasienter ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring (Gan, 2017), kan en stille seg undrende til dette. Rognstad et al. (2012) peker derfor på muligheten for at sykepleierne undervurderte pasientens smerter. Samtidig rapporterte 60 prosent av sykepleierne i samme studie om at pasientene ofte, eller svært ofte, ba om smertestillende medikamenter. Pasientene i studien av Eriksson et al. (2016) rapporterte derimot om usikkerhet rundt når, og hvor ofte, de skulle tilkalle helsepersonellet, da de ikke visste hvor mye smerte det var

forventet at de skulle tåle. Dette peker igjen på pasientenes behov for informasjon er stort. Samtidig er oppfølgingen underveis i smertelindringen uvurderlig, da dosen med smertelindring på grunn av individuelle variasjoner må titreres etter effekt (Norsk legemiddelhåndbok, 2020b).

#### 4.4. Samhandling og kommunikasjon under smertehåndteringen

Nøkkelen i smertelindring er, ifølge Angelini et al. (2020), relasjonen mellom pleier og pasient. Dette støtter også Nordtvedt og Nordtvedt (2018, s. 107–110), der de peker på at tilliten som skapes gjennom dialog legger grunnlaget for en kunnskapsbasert og profesjonell smertebehandling. Personorientert kommunikasjon bidrar ifølge Eide og Eide (2017, s. 33) til at sykepleier kan hjelpe pasienten til å medvirke til gode beslutninger. I tillegg til at dialogen bidrar til at pasienten blir mer delaktig i smertevurderingen, bidrar den også til at sykepleier får innsikt i hvilken kunnskap pasienten har om smerte og behandling (Wikström et al., 2015), og kan på denne måten bidra til en forståelse av hva pasienten har behov for av informasjon. Eriksson et al. (2016) avdekket at pasienters kommunikasjonsevner påvirket kvaliteten på smertebehandlingen. Et mulig problem med McCafferys (1984) definisjon av smerte, er at når den står alene, uten McCafferys tilleggsforklaring, inkluderer den ikke pasienter som av ulike årsaker ikke kan snakke. Eide og Eide (2017, s. 33) snakker om at profesjonelle kommunikasjonsferdigheter (personorientert kommunikasjon) innebærer evnen til å lytte, observere og fortolke de verbale og nonverbale signalene som pasienten sender ut. To studier bekrefter at god kommunikasjon er av betydning for å kunne forstå pasientens smerter (Eriksson et al., 2016; Wikström et al., 2015).

Som vi tidligere har sett, kan både frykt og mangel på kunnskap, samt pasientens evne til å kommunisere, bidra til å svekke kvaliteten på smertebehandlingen (Angelini et al., 2020; Eriksson et al., 2016; Yin et al., 2015). Flere studier belyser verdien av samarbeid (Angelini et al., 2020; Wikström et al., 2015; Yin et al., 2015). Betydningen av at sykepleier er i stand til å innse når egen kompetanse svikter, og at hun innhenter hjelp, er i tråd med helsepersonellovens krav til forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Wikström et al. (2015) konkluderte med at målet for smertevurderingen er knyttet til pasientens behov, samt trygg administrering av opioider. Dette kan oppnås ved å involvere både pasienten, pårørende, sykepleiere og leger (Wikström et al., 2015). Yin et al. (2015) peker på det store ansvaret sykepleier har i å smertelindre, og at et støttende miljø vil kunne bidra til å lette sykepleiers beslutninger knyttet til smerte og administrering av narkotiske analgetika. Både kulturelle og psykologiske forhold er med på å styre hvordan smerten kommer til uttrykk, så det å anvende alle tilgjengelige ressurser gjør at sykepleier lettere kan unngå å handle kun ut ifra sin egen oppfatning (Danielsen et al., 2016, s. 382; Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s. 37).

Det kom frem i studien av Angelini et al. (2020) at samarbeidet mellom helsepersonellet fungerte dårlig dersom disse hadde ulike mål for behandlingen. Når samarbeidet ikke fungerte, kunne det gå utover pasienten og kvaliteten på behandlingen. Ved svært kompliserte situasjoner forklarte sykepleierne i studien av Angelini et al. (2020) at de henvendte seg til avdelingens smerteenhet, som de hadde stor tillit til. Bruk av avdelingens smerteenhet ble imidlertid oppfattet av kirurgene som å ha mistro til deres kompetanse. Den ene kirurgen hevdet at det var sjelden kirurgens kompetanse og erfaring var utilstrekkelig til å kunne behandle smertene. At leger generelt anser seg selv som kompetente i smertelindring, kommer også frem i studien av Rognstad et al. (2012),

hvor 95 prosent rapporterte om at deres pasienter svært ofte, eller ofte, oppnådde tilstrekkelig smertelindring. Samtidig kom det frem at 40 prosent av legene i samme studie ikke følte seg kompetente, eller svært kompetente, i å håndtere pasientens totale smerteopplevelse. Yin et al. (2015) hevder at ekstra utdanning av sykepleiere for å forbedre smertebehandlingspraksisen også bør omfatte legene, som har den ledende rollen i dagens kliniske omgivelser.

## 4.5. Styrker og svakheter ved oppgaven

På grunn av tidsbegrensning, og muligens for mange egenvalgte kriterier ved utvelgelse av artikler, ble det kun funnet fem artikler ved hjelp av systematiske søk. Dette kan være en svakhet for oppgaven, da flere artikler funnet på denne måten kunne bidratt til å styrke troverdigheten ved oppgaven. Det ble allikevel funnet to andre artikler som ble ansett som relevante for min problemstilling ved «hånd søk». Totalt ble det funnet sju artikler, hvor de fleste av dem var skandinaviske og publisert etter 2015, noe jeg anser som en stor styrke ved oppgaven, da det var viktig at sykepleiernes kompetanse kunne relateres til nåtidens norske helsevesen. En mulig svakhet ved oppgaven, er at noen av de valgte artiklene benyttet deltakere fra andre profesjoner, i tillegg til sykepleiere. Disse ble allikevel inkludert, da de ulike funnene i hver enkelt artikkel var tydelig sortert ut ifra hvilke yrkesgruppe som hadde sagt hva, og sykepleierne var klart overrepresentert i de fleste av dem. Samtidig blir inkludering av ulike profesjoner også sett på som en mulig styrke, da betydningen av samarbeid er belyst i oppgaven.

Siden alle artiklene, bortsett fra en, var skrevet på engelsk, kan dette ha ført til at noe er blitt feiltolket eller misforstått. Jeg har allikevel tilstrebet å få oversatt riktig, ved å blant annet anvende google translate, og ved å få andre til å oversette betydningen for meg. Referanseprogrammet *Zotero* er anvendt for å gjøre kildehenvisningen enklere, men det ble funnet noen begrensninger som kan ha påvirket kildehenvisningene. For eksempel blir ikke alle forfatternavnene nevnt første gang i løpende tekst, noe jeg har forstått at det skal gjøre.

Dalland (2017, s. 171) peker på at man i størst mulig grad, der det er mulig, på tar sikte på å anvende primærkilden for å unngå feilsitering. Dette er ved flere anledninger ikke gjort ved direkte sitat grunnet praktiske årsaker og tidsbegrensninger. Jeg valgte allikevel å stole på sekundærkildene, da de fleste av dem er anerkjente forfattere av blant annet studiets pensumbøker.

## 4.6. Implikasjoner for sykepleie

Innen smertehåndteringen er det viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om behandlingens virking og bivirkninger, men også om risikofaktorer knyttet til underbehandling av postoperative smerter. Denne kunnskapen bør også deles med pasienten, slik at eventuelle misoppfatninger om opioider og behandlingen, som kan hindre tilstrekkelig smertelindring, kan unngås. Gjensidig tillit og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er av betydning i smertevurderingen, og kan hindre underreportering av smerte. Sykepleiers holdninger, og evne til å samarbeide, med både pasienten, pårørende og andre kvalifiserte fagpersoner, kan være avgjørende for hvilke beslutninger og valg som tas i den postoperative smertehåndteringen.

## 4.7. Konklusjon

Flere av funnene viser at sykepleierne var engstelige for å påføre pasientene bivirkninger og avhengighet, noe som kunne overgå deres etiske ansvar for å lindre smerte. Kunnskapsmangel viste seg å være årsak til sykepleieres manglende evne til å administrere opioider, og underbehandling kan bli konsekvensen av dette. Det kom også frem at mange pasienter var skeptiske til behandlingen, eller bivirkningene av den, noe som kan belyse behovet for kontinuerlig, og tydelig informasjon om målet med behandlingen, også i den postoperative fasen, for å unngå underrapportering av smerter, eller at pasientene tyr til selvmedisinering.

Sykepleiere med lengre erfaring viste seg å ha større kapasitet til å gi mer personlig omsorg til pasienten, men den kunne også føre til fallgruver, da de kunne ha forutinntatte forventninger til smertenivå knyttet til type inngrep. Sykepleiere bør derfor være oppmerksom på pasientenes forutsetninger for å kunne tåle smerte, og sørge for å følge sykehusavdelingens retningslinjer, slik at tilstrekkelig smertebehandling kan oppnås. Funn peker på muligheten for at norske sykepleiere undervurderte pasientens smerter, da 86 prosent av sykepleierne rapporterte om at pasientene ved deres avdelinger ofte, eller svært ofte oppnådde tilfredsstillende smertebehandling, noe som står i kontrast til annen forskning. Negative holdninger førte til dårligere kvalitet på den postoperative smertebehandlingen, mens det å bli møtt med respekt og vennlighet var bidragsytende til at pasientene i større grad kunne beskrive sine smerter. Det å være lydhør til det pasienten sier om sin egen smerte, er gjennomgående i stort sett alle funnene.

Kvaliteten på behandlingen som pasientene får, avhenger i stor grad av deres evne til å kommunisere, noe som understreker betydningen av en observant sykepleier med gode holdninger og ferdigheter innen kommunikasjon, slik at både verbale og nonverbale signaler fra pasienten blir fanget opp, og tatt med i smertevurderingen. Sykepleier har et stort ansvar i å smertelindre, og dette ansvaret omfatter også å anvende andres kompetanse gjennom samarbeid. Mer utdanning innen smertehåndtering, kan muligens øke sykepleieres kompetanse, og forbedre smertebehandlingspraksisen.

## 5. Referanser

- Angelini, E., Baranto, A., Brisby, H., & Wijk, H. (2020). Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 29*(9–10), 1662–1672. <https://doi.org/10.1111/jocn.15230>
- Bernhofer, E. I., & Sorrell, J. M. (2015). Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress. *Clinical Nursing Research, 24*(4), 401–414. <https://doi.org/10.1177/1054773814533124>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., Bd. 1, s. 309–380). Gyldendal akademisk.
- Brat, G. A., Agniel, D., Beam, A., Yorkgitis, B., Bicket, M., Homer, M., Fox, K. P., Knecht, D. B., McMahill-Walraven, C. N., Palmer, N., & Kohane, I. (2018). Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: Retrospective cohort study. *BMJ, 360*, j5790. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5790>
- Brevik, R., & Ljoså, T. M. (2021). *Kan vi redusere risiko for langvarige smerter etter kirurgi? Ja! Men ikke alltid*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/kan-vi-reducere-risiko-for-langvarige-smerter-etter-kirurgi-ja-men-ikke-alltid>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Bertzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., Bd. 1, s. 381–428). Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing, 15*(4), 469–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Kanalregister*. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 24. mai 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=EKqyctnR4qdZtWmkDVpxjmd9.undefined?xs=sykepleien&tv=true>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K., Broström, A., Wikström, L., Fridlund, B., & Årestedt, K. (2016). Patients' experiences and actions when describing pain after surgery – A critical incident technique

analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 27–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>

Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C., & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1184>

Gan, T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: Prevalence, consequences, and prevention. *Journal of Pain Research*, 10, 2287–2298.  
<https://doi.org/10.2147/JPR.S144066>

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

Helsebiblioteket. (u.å.-a). *Litteratursøk*. Helsebiblioteket; Helsebiblioteket.no. Hentet 24. mai 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>

Helsebiblioteket. (u.å.-b). *Systematisk oversikt*. Helsebiblioteket; Helsebiblioteket.no. Hentet 30. mai 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. (2007). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I *Grunnleggende sykepleie Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., Bd. 1, s. 15–27). Gyldendal akademisk.

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789–794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Nordtvedt, F. (2016). Smerte—En personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & Grimsbø, Gro Hjelmeland (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bd. 3, s. 169–183). Gyldendal akademisk.

Norsk legemiddelhåndbok. (2020a). *Smertes*. Norsk legemiddelhåndbok.  
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smertes>

Norsk legemiddelhåndbok. (2020b). *Opioider i postoperativ smertebehandling*. Norsk legemiddelhåndbok.  
[https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.1.3/Opioider\\_i\\_postoperativ\\_smertebehandling](https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.1.3/Opioider_i_postoperativ_smertebehandling)

Nordtvedt, F., & Nordtvedt, P. (2018). *Smerte: Fenomen og etikk*. Gyldendal.



NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 545–552.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>

Sandvik, R. K. N. M., & Rusøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*. <https://doi.org/0.4220/Sykepleiens.2020.80601>

Svartdal, F. (2020). Holdning. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/holdning>

Thidemann, I.-J., Sævareid, H. I., & Slettebø, Å. (2020). Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse? *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82269>

Van Dijk, J. F., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., & Van Wijck, A. J. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3500–3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>

Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2015). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 802–812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>

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

Yin, H.-H., Tse, M. M. Y., & Wong, F. K. Y. (2015). Systematic review of the predisposing, enabling, and reinforcing factors which influence nursing administration of opioids in the postoperative period. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 259–275.  
<https://doi.org/10.1111/jjns.12075>

