

10188

Postoperativ smertelindring: Kunnskap og holdninger hos sykepleiere

7680 ord
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10188

Postoperativ smertelindring: Kunnskap og holdninger hos sykepleiere

7680 ord

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Postoperativ smerte er sett på som en utfordring over store deler av verden. Til tross for at det de siste årene er gjort fremskritt innen forståelse av smerte, fysiologi og farmakologi har det ikke medført store forbedringer. Studier de siste årene viser at sykepleiere ofte undervurderer smertene til pasientene. Smertelindring er en viktig oppgave for sykepleieren, da utilstrekkelig smertelindring kan medføre komplikasjoner som gir varige skader. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke kunnskaper og holdninger sykepleier har i behandling av smerter. Oppgaven har som mål å svare på følgende problemstilling:

«Hvordan påvirker kunnskap og holdninger hos sykepleier postoperativ smertelindring hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep?»

Metode: En litteraturstudie med sju forskningsartikler. Det er også benyttet pensumlitteratur fra sykepleie, andre fagbøker og relevante oppslagsverk.

Resultat: Studien viser at sykepleiere undervurderer postoperative smerter hos pasienter, og sjeldent inkluderer pasientene i vurderingen av smerter. Sykepleiere mangler kunnskap om hvordan smerter påvirker pasienten og bruken av opioider. Kartleggingsverktøy er viktig i postoperativ smertebehandling, men benyttes i varierende grad. Smerte består av flere dimensjoner, og flerdimensjonale kartleggingsverktøy er et godt verktøy.

Konklusjon: Kunnskap og holdninger hos sykepleier har en avgjørende rolle i behandling av postoperative smerter. Sykepleiere må inneha kunnskap om at smerte er individuelt og at det kun er pasienten som kan kjenne denne. Kunnskap om bruk av opioider må økes. Kartleggingsverktøy er et godt verktøy i behandling av smerter, og bør brukes systematisk. Det bør gjennomføres fremtidig forskning i bruk av flerdimensjonale kartleggingsverktøy.

Nøkkelord: smertelindring, sykepleier, kunnskap, holdning, kartleggingsverktøy

Abstract

Background: Postoperative pain is seen as a challenge across several parts of the world. Despite the fact that advances have been made in understanding pain, physiology and pharmacology in recent years, this has not led to major improvements. Studies done in recent years show that nurses often underestimate patient's pains. Pain relief is an important task for the nurse, as insufficient pain relief can lead to complications that cause lasting injuries. The purpose of the thesis is to investigate the knowledge and attitudes of nurses in the treatment of pain. The thesis aims to answer the following issue:

"How do the knowledge and attitudes of nurses affect the postoperative pain relief of patients who have undergone surgical procedures?"

Method: A literature study with seven research articles. Literature from the syllabus, other textbooks and relevant reference works have also been used.

Results: The study shows that nurses underestimate the postoperative pain of patients, and rarely include the patients when assessing pain. Nurses lack knowledge about how pain affects the patient and the use of opioids. Mapping tools are important in postoperative pain management, but they are used to varying degrees. Pain consists of several dimensions, and multidimensional mapping tools is a good aid.

Conclusion: The knowledge and attitudes of nurses play a crucial role in the treatment of postoperative pain. Nurses must have knowledge that pain is individual and that only the patient can feel this. Knowledge about the use of opioids must be increased. Screening tools is a good tool in the treatment of pain and should be used systematically. Future research should be done about the use of multidimensional mapping tools.

Keywords: pain management, nurse, knowledge, attitude, mapping tools

«Ikke å bli trodd kan faktisk være verre å bære
enn selve smerten»

(Danielsen et al., 2016, s.383).

Innhold

1.	Introduksjon.....	1
1.1.	Introduksjon til tema	1
1.2.	Bakgrunnskunnskap.....	1
1.3.	Teori	2
1.3.1.	Smerte.....	2
1.3.2.	Postoperativ smerte	2
1.3.3.	Postoperativ smertebehandling.....	3
1.3.4.	Kartleggingsverktøy	3
1.3.5.	Sykepleiers rolle og funksjon.....	4
1.3.6.	Sykepleiers kunnskap og holdninger	4
1.3.7.	Etikk	4
1.3.8.	Joyce Travelbee.....	5
1.4.	Hensikt og problemstilling.....	5
2.	Metode	7
2.1.	Beskrivelse av metode	7
2.2.	Inklusjons og eksklusjonskriterier	7
2.3.	Søkehistorikk og søkestrategi.....	7
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler.....	9
2.5.	Analyse	10
3.	Resultat	11
3.1.	Artikkelmatriser.....	11
3.2.	Presentasjon av resultater	14
3.2.1.	Sykepleiers kunnskap og holdninger	14
3.2.2.	Sykepleiers observasjon av og kommunikasjon med pasienten.....	15
3.2.3.	Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy.....	15
4.	Diskusjon	17
4.1.	Hvilke kunnskap og holdninger bør sykepleier ha i behandling av postoperative smerter?	17
4.2.	Hvilke utfordringer kan oppstå når sykepleier møter pasienten?	18
4.3.	Hva er utfordringene ved bruk av kartleggingsverktøy?	20
4.4.	Implikasjoner for sykepleie	21
4.5.	Metoderefleksjon	21
4.6.	Konklusjon.....	23
	Referanser	24

Tabeller

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
Tabell 2. Konsepttabell.....	7
Tabell 3: Søketablell	8
Tabell 4: Artikkelmatrise A.....	11
Tabell 5: Artikkelmatrise B.....	11
Tabell 6: Artikkelmatrise C.....	12
Tabell 7: Artikkelmatrise D.....	12
Tabell 8: Artikkelmatrise E.....	13
Tabell 9: Artikkelmatrise F.....	13
Tabell 10: Artikkelmatrise G.....	14

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Postoperativ smertelindring er en utfordring over store deler av verden. Det er gjort fremskritt de siste årene innen forståelse av smerte, fysiologi og farmakologi, og det er publisert nye retningslinjer. Allikevel har ikke dette medført store forbedringer og det rapporteres fortsatt om postoperative smerter (Rawal, 2016). 90% av pasientene oppgir at de er fornøyde med den postoperative smertebehandlingen, imidlertid oppgir to tredjedeler plagsom smerte det første døgnet. 10% opplever plagsom og langvarige smerter etter operasjonen, og en femdel av disse lider av kroniske postoperative smerter (Fredheim et al., 2011).

Utilstrekkelig smertelindring øker risikoen for postoperative komplikasjoner og kroniske smerter etter operasjonen (Norsk legemiddelhåndbok, 2020). §2 i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (2019) beskriver at sykepleiere skal kunne ta ansvar for å gjennomføre selvstendige og systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og vurdere effekt av behandling som er gitt til pasienten.

«Utøvelse av profesjonell smertebehandling krever kontinuerlig oppdatering og bevisstgjøring av kunnskap, verdier og holdninger» (P. Nortvedt & Nortvedt, 2018, s.108). De siste årene har det blitt gjennomført studier som viser at sykepleiere ofte undervurderer smertene til pasienten sammenlignet med hva pasientene selv rapporterer (Wooldridge & Branney, 2020).

1.2. Bakgrunnskunnskap

Ifølge helsepersonelloven §4 (1999) skal sykepleieren utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Smertelindring er en viktig oppgave for sykepleieren relatert til komplikasjoner som gir varige skader og i verste fall død hos pasienten ved utilstrekkelig behandling (Berntzen et al., 2016, s.310). To av sykepleieetikkenes prinsipper velgjørenhet og ikke-skade, står sentralt i behandling av smerter. Sykepleieren skal etter beste evne gjøre det beste for pasienten og minimere smerter og ubehag (Nortvedt, 2012, s.96-97).

Jeg har observert flere tilfeller av smerter hos pasienter i løpet av mine tre år på sykepleierutdanningen. Flere ganger har jeg observert redusert livskvalitet hos pasientene som følge av utilstrekkelig smertelindring. I min første sykehuspraksis var jeg på en kirurgisk avdeling hvor pasientene hadde gjennomgått kirurgiske inngrep i abdomen. Der observert jeg at flere av sykepleierne ofte tok egne vurderinger når det gjaldt pasientens smerte i stedet for å lytte til hva pasienten selv rapporterte. Jeg observert også at pasienter ikke ble tilstrekkelig mobilisert på grunn av sterke smerter, og at de utviklet postoperative komplikasjoner relatert til dette.

1.3. Teori

Dette kapittelet inneholder faglig teori som er brukt som grunnlag i oppgaven og definisjon av problemstillingens sentrale begrep.

Smerte: "An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage" (International Association for the Study of Pain (IASP), u.å.).

Postoperativ smertelindring/smertebehandling: Pasienten skal oppnå en tilstand hvor han ikke har ubehag i hvile, mobilisering eller ved hoste. Smertelindringen skal være best mulig uten for mye bivirkninger (Holm & Kummeneje, 2009, s.72).

Postoperativt: Den postoperative perioden innebærer tiden etter operasjonen (Wyller, 2019, s.183).

Sykepleier: En sykepleier er et menneske som innehar spesialiserte kunnskaper som brukes til å hjelpe andre mennesker. Dette innebærer å opprettholde og gjenvinne helse, forebygge og finne mening i sykdom. Kunnskapene blir praktisert innenfor visse områder. Sykepleieren er juridisk ansvarlig for sine handlinger innenfor sykepleie (Travelbee, 1999, s.72).

Pasient: En pasient er et menneske på lik linje med alle andre. Pasienten ber om hjelp fra andre mennesker som kan bidra til å løse hans helseproblemer (Travelbee, 1999, s.63).

Smertekartlegging: Kartlegging av pasientens smerter har en avgjørende rolle i planlegging, behandling og evaluering av smerter. Verktøyene gir pasienten selv mulighet til å vurdere egen smerte (Danielsen et al., 2016, s.390).

Sykepleiers kunnskap og holdninger: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Sykepleie skal være forankret i sykepleiens verdigrunnlag og anerkjent fagkunnskap (Kristoffersen et al., 2011, s.17).

1.3.1. Smerte

«Det er kun personen med smerte som vet hvor sterk smerten er, og hvordan den kjennes ut» (F. Nortvedt & Ljoså, 2021, s.18).

Smerte er en sansefølelse som i utgangspunktet har en hensiktsmessig funksjon og oppstår ved fare for eller der hvor det forekommer skade på vev. Smerte kan beskrives som et «alarmsystem» i kroppen hvor hensikten er å varsle om mulig skade. Smerte er en subjektiv opplevelse som påvirkes av følelsesmessige og tankemessige forhold. Den varierer fra person til person og er avhengig av tid, sted og situasjon (Wyller, 2019, s.113-114). Smerte som ikke blir tilstrekkelig lindret, kan medføre uønsket skade på kroppens organer. Dette kan gi komplikasjoner i form av pneumoni, atelektase, takykardi, redusert mobilisering, svekkelse av immunsystemet, obstipasjon, ileus, emboli, søvnforstyrrelser med mer. Akutte smerter kan påvirke sentralnervesystemet som øker risikoen for å utvikle langvarige smerter, noe som over tid kan redusere livskvaliteten til pasienten (Dihle, 2021, s.90).

1.3.2. Postoperativ smerte

Postoperative smerter er som regel akutte smerter som kommer av at vev blir utsatt for skadelig påkjenning (Dihle, 2021, s.90). Postoperativ smerte er forventet. Smertene

avhenger av inngrepet og hva slags type kirurgi som er gjennomført, samt smerteterskelen til pasienten (Holm & Kummeneje, 2009, s.67-69). I tillegg har tidligere erfaring med smerte en medvirkende faktor (Berntzen et al., 2016, s. 361). Postoperativ smerte kan medføre komplikasjoner fordi pasienten har redusert evne til mobilisering, hosting eller normal ventilasjon. Samtidig kan det være et tegn på postoperative komplikasjoner. Det er likevel oppdaget få tilfeller hvor smertebehandling har vært for effektiv der komplikasjoner ikke er blitt oppdaget (Holm & Kummeneje, 2009, s.68-69).

1.3.3. Postoperativ smertebehandling

Målet for postoperativ smertebehandling er at pasienten skal være tilstrekkelig smertelindret slik at han kan hoste, bli mobilisert, puste dypt og få nok søvn og hvile (Berntzen et al., 2016, s.356). Informasjon preoperativt kan gi bedre postoperativ smertelindring (Dihle, 2021, s.98) Informasjonen bør inneholde veiledning og instruksjon i bruk av kartleggingsverktøy og mål for behandlingen (Holm & Kummeneje, 2009, s.53). Det kan oppstå behov for at sykepleieren må gi smertelindring med opioider (Reine, 2021, s.272-273). Opioider kan gi bivirkninger i form av obstipasjon, kvalme, tretthet, søvnforstyrrelser og respirasjonsdepresjon, og kan medføre et lengre sykdomsforløp (Danielsen et al., 2016, s.395).

1.3.4. Kartleggingsverktøy

Bruk av kartleggingsverktøy er mer pålitelig i behandling av postoperative smerter, i motsetning til objektive observasjoner og anbefales av Norsk smerteforening, Den norske legeforeningen og Norsk sykepleierforbund. Systematisk kartlegging som regelmessig blir utført kan forbedre behandlingen av postoperativ smerte og bidra til at pasienten på en mer nøyaktig måte kan vurdere sin egen smerte (Dihle, 2021, s.99-100). Det finnes endimensjonale og flerdimensjonale verktøy. De endimensjonale verktøyene er enkle skalaer hvor pasienten selv kan vurdere smertene. Flerdimensjonale kartleggingsverktøy er mer omfattende verktøy som måler intensitet på smerten og hvordan den påvirker pasienten. Kartleggingsverktøy bør brukes aktivt og være en del av rutinemessige observasjoner (Danielsen et al., 2016,s.390).

NRS (numerisk rangskala), VAS (visuell analog skala) er eksempler på endimensjonale skalaer. NRS er en skala som fremstilles som en rett linje. Den går fra 0-10, hvor 0 beskriver ingen smerte og 10 beskriver verst tenkelig smerte. Tall fire og fem på skalaen indikerer smerter som ikke er akseptable og medfører behov for mer smertelindring. Postoperativ smerte bør ikke ha NRS-score over tre, dette fordi det kan påvirke evnen pasienten har til å mobilisere seg og få tilstrekkelig søvn og hvile. VAS er en rett linje der den venstre delen indikerer ingen smerte og den høyre indikerer verst tenkelig smerte. Pasienten skal markere på linjen hvor smertene befinner seg på skalaen (Dihle, 2021, s.99-100).

WILDA og CAPA (Clinically aligned pain assessment) er eksempler på flerdimensjonale skalaer. WILDA er et verktøy som brukes i smertevurdering, og er et lommemark med flere spørsmål og ord som kan beskrive smertene og opplevelsen av den. Smertens intensitet, plassering, varighet og faktorer som forverrer eller lindrer smertene er inkludert (Fink, 2000). CAPA-verktøyet innebærer undersøkelse av flere faktorer ved smerte. Fem spørsmål inngår i verktøyet. Disse gir indikasjon på komfort, endring i smerte, smertekontroll, fysisk funksjon og søvn (Doheny, 2020).

1.3.5. Sykepleiers rolle og funksjon

Sykepleiere har et ansvar i den postoperative fasen i behandling av smerter (Holm & Kummeneje, 2009, s.72). Sykepleierutdanningen skal bidra til at sykepleiere blant annet skal kunne lindre lidelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2).

Sykepleieren har en viktig rolle i å vurdere risikomomenter, observere tegn til komplikasjoner og iverksette tiltak. Tilstrekkelig smertelindring bidrar til forebygging av komplikasjoner fordi det gir pasienten bedre mulighet til mobilisering, slik at pasientene raskere kan oppnå mulighet for egenomsorg (Berntzen et al., 2016, s.310). Observasjon av ansiktsuttrykk kan gi indikasjon på smerte. Eksempelvis kan pasienten bite tenner, knipe sammen lepper, rynke øyne med mer (Dihle, 2021, s.100). Ikke-verbale tegn på smerte er ikke alltid sikre og presise tegn på smerte. Sykepleieren kan allikevel bruke dette i kartlegging av smerte (F. Nortvedt & Ljoså, 2021, s.31).

En faktor som er vesentlig for god smertelindring er gjensidig tillitt mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må ha tillitt til pasientens opplevelse av smerte, samtidig må pasienten ha tillitt til at sykepleieren ønsker å gjøre det beste for han i situasjonen (Danielsen et al., 2016, s.388).

Sykepleier skal ivareta pasientens grunnleggende behov. Postoperativ smertelindring bidrar til å ta vare på det grunnleggende behovet for velvære, fordi smerte og bekymring blir redusert (P. Nortvedt & Grønseth, 2016, s.21).

1.3.6. Sykepleiers kunnskap og holdninger

Sykepleiere skal inneha kunnskaper om bivirkninger av smertebehandling, hvordan de forebygges og behandles (Danielsen et al., 2016, s.388). Hvis pasienten sier han er smertepåvirket kan vi betvile realiteten, men vi kan ikke avvise hva pasienten opplever (P. Nortvedt & Nortvedt, 2018, s.108). Mangel på kunnskap om smerte og smertebehandling hos sykepleiere er en årsak til at postoperative smerter ikke blir tilstrekkelig lindret. Frykt for legemiddelavhengighet og bivirkninger av legemidler er også en faktor (Holm & Kummeneje, 2009, s.89).

Det kan oppstå tilfeller der pasienten tror det er sykepleieren som vet best når det gjelder smertelindring. Sykepleieren må kunne informere om målet med smertelindringen og hensikten med smertelindring (Danielsen et al., 2016, s.398).

For å skape trygghet hos pasienten må han møtes med respekt og høflighet. Sykepleieren må lytte til pasienten og gi tydelig informasjon. Kommunikasjonen med pasienten bør være personorientert og faglig fundert. Aktiv lytting, utforskning og anerkjennelse av pasientens opplevelser er momenter i personorientert kommunikasjon. Empati skaper bekreftende kommunikasjon, som igjen bidrar til å skape trygghet og tillitt slik at en god relasjon med pasienten blir etablert. Bekreftende kommunikasjon gjør at sykepleieren viser at pasienten er sett og forstått. Dette resulterer i anerkjennelse hos pasienten, respekt for hans integritet og rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2018).

1.3.7. Etikk

Pasienten er en autonom person som har rett til å bli hørt, og sykepleieren skal alltid vurdere pasientens opplevelse av smerter (F. Nortvedt & Ljoså, 2021, s.32). En av de mest grunnleggende verdiene i helsetjenesten er at pasienten har rett til selvbestemmelse, pasienten skal kunne bestemme over sin egen behandling og pleie (P. Nortvedt, 2012, s.132).

Det kan oppstå situasjoner hvor pasienten oppgir verst tenkelig smerte, men at det fra sykepleierens perspektiv ikke fremstår som pasienten er særlig smertepåvirket. Dette er utfordrende fordi det kan oppstå situasjoner der sykepleiere ikke tror på pasienten og dermed ikke gjennomfører behandling. Ofte oppstår disse situasjonen fordi sykepleieren mangler kunnskap og har etablert uhensiktsmessige holdninger til smerte og smertebehandling. I behandling av smerte bør sykepleieren ha en grunnholdning som medfører at pasienten blir tatt på alvor og at hun tror på det pasienten forteller. Dette bidrar til å opprette en relasjon som medfører god samhandling som er avgjørende for god smertebehandling (F. Nortvedt & Ljoså, 2021, s.32-33).

1.3.8. Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (f.1926-d.1973) var en amerikansk sykepleieteoretiker som mente at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, dette fordi sykepleie alltid direkte eller indirekte innebærer mennesker. Derfor mente hun at utvikling av relasjon mellom sykepleier og pasient var viktig for å kunne utøve sykepleie. Teorien hennes bygger på at alle mennesker er unike individer (Travelbee, 1999).

Lidelse er en unik erfaring som kun det enkelte individet opplever, og alle individer opplever det på sin egen måte. Smerte kan ikke observeres av andre. Det er vanskelig for personen som opplever smerte å formidle denne slik at den andre forstår akkurat hvordan det oppleves. Dette gjør det utfordrende for sykepleier å vurdere et annet individ sin intensitet og grad av smerte. Sykepleieren kan tenke seg til hvordan smerte oppleves, men kan aldri helt forstå hvordan denne kjennes ut. Reaksjonen den smertepåvirkede får fra andre rundt seg har mye å si. Sykepleier må derfor være bevisst overfor sine holdninger og hvordan dette påvirker pasienten. Mange merker godt når andre ikke tror smertene er til stede. Sykepleiere kan ha utviklet en målestokk, som indikerer en oppfatning av hvor sterk smerte en pasient bør ha etter bestemte inngrep (Travelbee, 1999).

For å kunne oppnå sykepleiens mål og hensikt bør sykepleier etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Dette innebærer at sykepleieren og den syke ser på og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Hvis man ser på hverandre som sykepleier og pasient vil man ikke nødvendigvis kunne nå helt inn til hverandre. Det er først når begge parter oppfatter hverandre som et enkelt menneske at en reell kontakt oppstår. For å oppnå dette forholde må sykepleieren gå inn for å lære den syke å kjenne. Sykepleieren må se på pasienten som et unikt individ, ikke som en sykdom eller jobb (Travelbee, 1999).

1.4. Hensikt og problemstilling

“Utøvelse av profesjonell smertebehandling krever kontinuerlig oppdatering og bevisstgjøring av kunnskap, verdier og holdninger» (P. Nortvedt & Nortvedt, 2018, s.108). Sykepleiere innehar kunnskaper om smerte og smertebehandling, men det rapporteres fortsatt at pasientene ikke opplever behandlingen som tilfredsstillende (Danielsen et al., 2016, s.382).

Oppgaven er avgrenset til pasienter over 18 år som opplever postoperative smerter etter kirurgiske inngrep. Inngrepene blir ikke beskrevet i oppgaven. Oppgaven omhandler pasienter og sykepleiere på en postoperativ kirurgisk sengepost. Jeg vil ikke inkludere den preoperative smertebehandlingen, likevel har jeg med informasjon i bruk av kartleggingsverktøy. Medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring er en del av den postoperative smertebehandlingen. I oppgaven har jeg valgt å fokusere på kunnskaper og holdninger hos sykepleier, og hvordan kartleggingsverktøy brukes i behandling. Jeg vil

derfor ikke utdype de ulike metodene for smertelindring. Pasientene har ingen tilleggssykdommer, redusert kommunikasjonsevne, kognitiv svikt, opioidavhengighet eller annen rusavhengighet. I oppgaven brukes betegnelsen *hun* for sykepleier og *han* for pasient. Smertelindring og smertebehandling er begrep som brukes om hverandre i oppgaven fordi disse er nært knyttet til hverandre.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke kunnskap og holdninger sykepleiere har i behandling av postoperative smerter. I begrepet *kunnskap* har jeg valgt å inkludere bruk av kartleggingsverktøy. Dette er viktig i behandlingen, og sykepleiere må ha kunnskap om hvordan dette brukes.

Denne oppgaven kan bidra til at det rettes fokus mot postoperativ smertelindring som et problem hvor sykepleier har en avgjørende rolle i behandlingen. Samtidig kan den bidra til bedre smertelindring hos pasienter. Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan påvirker kunnskap og holdninger hos sykepleier postoperativ smertelindring hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Metodekapittelet inneholder valg av metode og det er gjort rede for hvordan jeg har kommet frem til resultatene i oppgaven. Metode er verktøyet vi bruker til å innhente data for å finne informasjon til det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2021, s.54). Jeg har valgt å presentere inklusjons- og eksklusjonskriterier og søkehistorikk i tabeller. Til slutt har jeg beskrevet analysen av den valgte forskningen.

Artiklene som er brukt i litteraturstudien er funnet ved systematiske litteratursøk. Det samlede resultatet fra forskningsartiklene skal bidra til å svare på problemstillingen. I litteratursøket har jeg brukt databaser anbefalt av NTNU. Det er også benyttet annen faglitteratur i form av lærebøker og oppslagsverk. Denne litteraturen har jeg funnet på skolens bibliotek for medisin og helse. Lovdata, yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, andre nettsider og artikler er også brukt.

2.2. Inklusjons og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringstall 2012-2022	Barn
Artikler med IMRAD-struktur	Pasienter med redusert kommunikasjonsevne
Fagfellevurderte artikler	Pasienter utenfor sykehus
Engelsk eller skandinavisk språk	Pasienter med opioid- eller annen rusavhengighet
Europeiske land eller andre land med overførbarhet til norske sykehus	
Artikler som omhandler kirurgiske inngrep	
Kvalitative og kvantitative studier	

Disse kriteriene kom jeg frem til ved å ta utgangspunkt i retningslinjene for bacheloroppgaven, samt mine egne vurderinger. Dette bidro til at jeg kunne finne artikler som var relevant for sykepleiefaget og problemstillingen min.

2.3. Søkehistorikk og søkestrategi

Før jeg begynte å søke etter artikler i databasene utarbeidet jeg søkeord. Disse oversatte jeg til engelsk og fremstilte de i en konsepttabell. Konsepttabellen gjorde søkeprosessen mer ryddig og presis, samtidig som den tydeliggjorde problemstillingen min.

Tabell 2: Konsepttabell

Konsept/element: Sykepleier	Konsept/element: Postoperativ smerte	Konsept/Element: Smertelindring/Smertemåling
Nurses	Postoperative pain Pain Postoperative	Pain management Pain measurement Pain assessment Visuel analog scaling NRS
Sykepleiere	Postoperativ smerte	Smertelindring

I søkeprosessen har jeg brukt databasene Medline, Cinahl og SveMed+. SveMed+ er ikke oppdatert siden 2020. Jeg valgte allikevel å inkludere en artikkel fra denne databasen fordi den var relevant for min problemstilling.

Jeg startet søkene med enkeltord i Medline og Cinahl. Dette ga meg veldig mange treff på hvert enkelt ord, og jeg valgte derfor å kombinere disse med AND, som ga færre treff. Jeg avgrenset søkene til «peer reviewd», «english language», «all adult» og artikler utgitt

mellom 2012 og 2022, med unntak av i databasen SveMed+. Flere søkeord og kombinasjoner ble brukt, dette er presentert i tabell tre. Jeg har kun inkludert søkene med artikler som er brukt i oppgaven.

I utvelgelsen av artiklene leste jeg overskrifter på alle artiklene som kom frem i de aktuelle søkene. De overskriftene som fanget min interesse og som fremsto som relevant valgte jeg å lese sammendrag. Hvis dette var interessant for min problemstilling leste jeg diskusjon og konklusjon. Deretter ble det foretatt utvelgelse av artiklene jeg har inkludert.

Tabell 3: Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	26.04.2022	S1	(MH «Nurses+») OR «nurses»		475 935	
		S2	(MH «Postoperative Pain») OR «postoperative pain»		23 068	
		S3	(MH «Visual analog Scaling») OR «Visual analog scaling»		25 282	
		S4	S1 AND S2 AND S3		93	
		S5		År 2012 til 2022. Engelsk språk. Fagfellevurdert. All adult.	14	2 (A, B)
MEDLINE	27.04.2022	S1	exp Nurses/ or nurses.mp.		292 537	
		S2	exp Pain, Postoperative/		46 838	
		S3	exp Pain Management/		39 184	
		S4	exp Pain Measurement/		92 976	
		S5	NRS.mp.		10 208	
		S6	3 or 4		123 839	
			1 and 2 and 5 and 6		16	
				År 2012-2022. Engelsk språk. All adult	8	1 (C)
CINAHL	02.05.2022	S1	(MH «Nurses+») OR «nurses»		476 010	
		S2	(MH «Postoperative pain») OR «Postoperative pain»		23 094	
		S3	(MH «Pain management») OR «Pain management»		31 375	
		S4	S2 OR S3		49 921	
		S5	«NRS»		2926	
		S6	S1 AND S4 AND S5		32	
				År 2012-2022 English language All adult Peer reviewed	15	2 (D, E)
CINAHL	03.05.2022	S1	(MH «Nurses+») OR «nurses»		244 669	
		S2	(MH «Postoperative Pain») OR «postoperative pain»		19 892	

		S3	(MH «Pain Measurement») OR «pain measurement»		51 424	
		S4	S1 AND S2 AND S3		112	
				År 2012-2022 English language All adult Peer reviewed	16	1 (F)
SveMed+	03.05.2022	S1	Sykepleiere		2113	
		S2	Smertelindring		37	
		S3	S1 AND S2		3	1 (G)

Inkluderte artikler:

- A:** Fatma et.al,. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1456–1464.
- B:** Bach et.al,. (2018). Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. *Pain Management Nursing*, 19(6), 608–618. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>
- C:** van Boekel, R. L. M. et.al., (2017). Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery. *PLoS ONE*, 12(5), e0177345. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177345>
- D:** Van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009>
- E:** Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain- A critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 802-812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>
- F:** Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H., Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). *Surgical patients' and registered nurses' satisfaction and Perception of Using the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA©) Tool for Pain Assessment. *Journal of Vascular Nursing*, 38(3), 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001>
- G:** 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*, 4, 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Artiklene som er brukt i oppgaven er etisk godkjent og har IMRAD-struktur. For å være sikker på at artiklene jeg hadde valgt var utgitt i et vitenskapelig tidsskrift med fagfelle vurdering søkte jeg opp disse i *Kanalregisteret* (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å) og kontrollerte at disse var av nivå en eller to. Jeg har brukt

Helsebiblioteket (2016) sin sjekklister for kvalitativ studie i vurdering av de kvalitative studiene. Helsebiblioteket (2016) beskriver spørsmål man kan bruke i utvelgelse av artikler, noe jeg har benyttet meg av. Spørsmålene dreier seg om artikkelen har en klart formulert problemstilling, om designet passer til å svare på problemstillingen, om man kan stole på resultatene, hva resultatene er og om disse resultatene kan brukes til å besvare min problemstilling.

To kvalitative og fem kvantitative studier er inkludert i oppgaven. Kvantitative studier er studier som presenterer resultater som målbare enheter som gir mulighet til å finne gjennomsnitt og prosent. Kvalitative studier finner informasjon om mening og opplevelse (Dalland, 2021, s.55). Artiklene er hovedsakelig fra Europa og USA, slik at forskningen skulle kunne ha en overføringsverdi til norske sykehus.

2.5. Analyse

Jeg har brukt Evans analysemodell (Evans, 2002) i analysearbeidet i oppgaven. Dette er en modell som består av fire trinn som bidrar til å analysere og fremstille data.

Trinn 1: Det første trinnet består av «innsamling av data» (Evans, 2002). Dette trinnet innebærer å finne ut hvilke artikler som skal inkluderes i oppgaven. Dette er presentert i kapitlene over og vil derfor ikke utdypes i dette analysekapittelet.

Trinn 2: Det andre trinnet innebærer å «identifisere de viktigste funnene» (Evans, 2002). Artiklene ble lest grundig for å finne resultatene fra studiene. Jeg valgte å lese alle artikler nøye flere ganger og markerte nøkkelfunn og andre funn. I tillegg lagde jeg en oversikt med resultatene i hver enkelt studie.

Trinn 3: Det tredje trinnet innebærer å «sammenligne og sortere resultater på tvers av studiene» (Evans, 2002). Jeg valgte å sortere resultatene og sammenligne dem ved å bruke ulike fargekoder. Dette ga meg oversikt slik at jeg kunne organisere dem i kategorier og se likheter og ulikheter. For å få bedre oversikt skrev jeg ned funnene på fargede ark som samsvarte med fargekodene fra tidligere.

Trinn 4: Det fjerde og siste trinnet innebærer å «lage en beskrivelse og syntese av funnene» (Evans, 2002). Ut ifra resultatene jeg kom frem til i trinn tre kom jeg frem til tre hovedtemaer jeg skulle ha med i presentasjonen av resultatene. Dette var: Sykepleiers kunnskap og holdninger, Sykepleier observasjon av og kommunikasjon med pasienten og Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy.

3. Resultat

Sju artikler er inkludert i denne litteraturstudien. Artiklene er først presentert i artikkelmatriser i kapittel 3.1. Deretter har jeg presentert resultatene i kapittel 3.2.

3.1. Artikkelmatiser

Tabell 4: Artikkelmatiser A

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Fatma, A., & Serifie, K.(2017). Experience of Pain Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to pain Control. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 10 (3), 1456-1464	Hensikten med studien var å finne ut hvordan pasienter opplever postoperative smerter etter kirurgiske inngrep i abdomen og hvordan de opplever sykepleiers behandling av smerter.	En kvantitativ studie som ble gjennomført med bruk av intervjuer og to spørreskjemaer. Svarene ble analysert og fremstilt i tre tabeller. Det deltok 103 pasienter i alderen 18 til 65 år som hadde gjennomført kirurgi i abdomen og var innlagt på kirurgisk avdeling på offentlig sykehus. Studien foregikk på et sykehus i Tyrkia.	Resultatene fra studien viste at smertene hos pasientene lå på $4,4 \pm 2,7$ på VAS-skala. I 89,3% av tilfellene bidro medisinsk smertelindring til lindring av smertene. Funnene i studien indikerte at sykepleiere ikke bruker skalaer for vurdering av smerte.	Artikkelen er viktig for oppgaven fordi den belyser at det finnes svakheter rundt smertelindring når det gjelder identifisering og behandling av smerte. Selv om det blir gjennomført tiltak opplyser 97,1 % av pasientene smerter etter operasjon, hvorav 20,4 % opplever sterkere smerte enn forventet.

Tabell 5: Artikkelmatiser B

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Bach, A.M., Formann, A., & Seibaek, L. (2018). Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. <i>Pain Management Nursing</i> , 19(6), 608-618. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005	Undersøke hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertelindring hos pasienter med endometriose som hadde gjennomgått større kirurgiske operasjoner	En kvalitativ studie som baserte seg på etnografisk feltstudie med semistrukturerte intervjuer og deltakerobservasjoner. Sykepleiere og pasienter som befant seg på to forskjellige gynekologiske avdelinger på et stort skandinavisk universitetssykehus deltok i studien.	Studien kom frem til at det bør utvikles en ny og mer praksisorientert postoperativ smertebehandling, som også innebærer pasientens opplevelse.	Denne studien er relevant for oppgaven fordi den belyser at sykepleiere ofte gjør sine egne vurderinger om pasientens smerte med bakgrunn i aktivitet og kroppsspråk hos pasienten, kontra å stole på pasientens smertescore noe som kan medføre redusert postoperativ smertelindring.

Tabell 6: Artikkelmatrikse C

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Van Boekel, R. L. M et.al., (2017). Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery. <i>PLoS One</i> , 12(5), e0177245. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177345	Studien hadde som mål å undersøke sammenhenger mellom NRS-smertescore og andre metoder for å vurdere smerte. Dette for å bidra til utvikling eller bekreftelse av kliniske retningslinjer som medfører tilstrekkelig smertelindring til pasienten.	Kvantitativ tverrsnittstudie. Deltakerne var pasienter over 18 år som hadde gjennomført større kirurgiske inngrep. Data ble samlet inn i løpet av de første tre postoperative dagene. Totalt 15394 vurderinger hos 9082 pasienter ble samlet inn.	Sykepleiere oppfordres til å bruke flere metoder enn NRS-smertescore for å vurdere smerte hos pasienten. Kun bruk av NRS-smertescore er ikke tilstrekkelig da flere pasienter angir lav smertescore, men ikke akseptabel smerte og omvendt.	Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den tar for seg viktigheten av å bruke flere metoder enn NRS-smertescore i vurdering og behandling av smerter.

Tabell 7: Artikkelmatrikse D

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 49(1), 65–71. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009	NRS er et viktig klinisk verktøy i vurdering av postoperative smerter. Helsepersonell bruker skalaen til å vurdere behovet for å administrere medikamentell behandling. Målet med studien var å undersøke likhet og ulikhet mellom smertescore på to forskjellige karteggingsverktøy, NRS og VRS.	Studien var en kvantitativ tverrsnittstudie gjennomført på et Nederlandsk universitetssyke hus. 10 434 pasienter som hadde gjennomgått elektiv kirurgi og 303 helsepersonell ble brukt i studien. Pasientene ble bedt om å vurdere smertene sine med NRS og VRS og helsepersonell ble bedt om å vurdere skalaene opp mot hverandre.	Pasientene og de fleste av legene anså NRS 4-6 som tolerabel smerte. Med unntak av akuttsmertesykepleiere som anså NRS over 5 som ikke tolerabel smerte. Det er en potensiell risiko for at pasienter blir behandlet med for mye smertestillende hvis behandlingen kun baseres på NRS-score. Det kan derfor være indikasjon på at sykepleierne også bør spørre om smertene er håndterbare og om pasienten ønsker å motta mer smertestillende.	Denne artikkelen er viktig for min oppgave fordi den belyser viktigheten av å bruke flere metoder enn kun NRS i kartlegging av smerte og behandling.

Tabell 8: Artikkelmatrikse E

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and avtions when assessing postoperative pain- A critical incident technique analysis. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(4), 802-812. https://doi.org/10.1111/scs.12308	Målet med studien var å få en bedre forståelse av hvordan postoperativ smerte blir vurdert av helsepersonell og hvordan denne blir påvirket.	Kvalitativ studie hvor det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med totalt 24 sykepleiere og leger. Studien foregikk på 4 forskjellige sykehus i Sverige. Deltakerne ble bedt om å beskrive en nylig selvopplevd hendelse om postoperativ smertelindring, og ble stilt spørsmål om hva som ble gjort som påvirket resultatet negativt eller positivt.	Studien viste at helsepersonellens evne til å kommunisere med pasienten og arbeidsforhold på de ulike avdelingene hadde innvirkning på vurderingen av postoperative smerter. Det ble også funnet ut at klinisk kompetanse og kunnskap hos helsepersonell i vurdering og behandling av postoperative smerter er viktig.	Denne studien er relevant for min oppgave da den undersøker hva som er viktig når helsepersonell skal vurdere postoperative smerter for å kunne gi rett behandling.

Tabell 9: Artikkelmatrikse F

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H. Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). *Surgical patients' and registered nurses' satisfaction and Perception of Using the Cincially Aligned Pain Assessment (CAPA ©) Tool for Pain Assessment. <i>Journal of Vascular Nursing</i> , 38 (3), 118-131. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001 .	Hensikten med studien var å undersøke om pasienter og sykepleiere var mer fornøyd med å bruke CAPA-verktøyet i stedet for NRS og WILDA i kartlegging av smerter.	Kvantitativ studie som foregikk på et sykehus i Texas, USA hvor det ble gjennomført kirurgiske operasjoner. Det ble opprettet to grupper for å sammenligne resultat. Den ene gruppen var 95 pasienter og den andre gruppen var 63 sykepleiere.	Studien indikerte at pasienter og sykepleiere var fornøyd med å bruke CAPA-verktøyet, og at det ga en mer omfattende vurdering av smertene enn ved bruk av NRS og WILDA. Det trengs mer forskning på hvordan man kan implementere bruken av dette, og forskerne anbefaler å bruke dette i tillegg til de endimensjonale kartleggingsverktøyene. Capa-verktøyet har potensiale til å bidra til bedre behandling som kan redusere liggetid på sykehus, samtidig som pasientene føler seg mer «sett».	Denne studien fant jeg som interessant for min oppgave da de undersøkte bruken av et nytt kartleggingsverktøy opp mot de tradisjonelt brukte. Studien er fra 2020 og dermed av nyere forskning.

Tabell 10: Artikkelmatrise G

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien Forskning</i> , 4, 326-334. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres og sykepleierstudenters holdninger og kunnskaper om smerte og smertelindring hos voksne.	En kvantitativ studie som baserte seg på en deskriptiv tverrsnittundersøkelse. Studien ble gjennomført på et universitetssykehus og en høyskole i Norge. 200 sykepleiere og sykepleierstudenter ble bedt om å delta, hvor totalt 163 besvarte et spørreskjema.	Funnene i studien indikerte at sykepleiere og sykepleierstudenter innehar god kunnskap om og gode holdninger til behandling av smerter, men at det er forskjeller i teoretisk kunnskap og praktisk handling. Selv om pasientene angir høy smerte er det ikke alle som gir smertestillende behandling. Mange frykter for respirasjonsdepresjon eller opioidavhengighet og gir ikke tilstrekkelig dose. Det er behov for å styrke kompetansen, spesielt i forhold til praktisk handling.	Denne studien er relevant for min oppgave da den indikerer at pasienter ikke får optimal smertelindring ut ifra hva pasienten selv angir av smerter. Selv om sykepleiere og sykepleierstudenter svarer det er pasienten som best angir egen smerte.

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Sykepleiers kunnskap og holdninger

Kunnskap og erfaring hos sykepleier påvirker kvaliteten på smertevurdering og smertebehandling av pasientene (Wikström et al., 2016). Sykepleiere oppfatter postoperative smerter som et normalt fenomen, og har kanskje ikke som mål å lindre smertene fullstendig (Bach et al., 2018).

To av studiene indikerte få sykepleiere som stolte på pasientens egen vurdering av smerte (Bach et al., 2018; Granheim et al., 2015). Granheim et al. (2015) viser at sykepleiere innehar gode kunnskaper om smertelindring på noen områder, allikevel samsvarer ikke den teoretiske kunnskapen med praktisk handling. Til tross for at 96% av sykepleierne svarte at det var pasienten selv som var best til å bedømme smerteintensiteten var det kun 37% som markerte åtte på NRS-skalaen når pasienten selv beskrev dette i en pasienthistorie. Lignende funn kommer frem i studien til Back et.al. (2018) hvor sykepleierne stolte mer på hva pasienten kunne gjennomføre av aktivitet, enn hva dem formidlet av smerter. I de fleste tilfellene ble pasientens funksjonsnivå indirekte brukt til tolkning av nivået av smerte, og det ble observert få tilfeller hvor pasientene ble inkludert i smertevurderingen. Det var mindre oppmerksomhet knyttet til pasientens tidligere erfaring med smerte, noe som også kom frem i studien til Wikström et al. (2016). Back et al. (2018) viser at sykepleierne hadde lite kunnskap om at pasienter med tidligere erfaring med smerter ikke nødvendigvis trengte å få et redusert aktivitetsnivå ved akutte smerter. I studien til Fatma & Serife (2017) kom det frem at pasienter som hadde gjennomgått operasjon tidligere hadde mer smerter enn de som opererte for første gang.

Sykepleierne syntes det var vanskelig å vite hva de skulle gjøre hvis observasjonene ikke samsvarte med pasientens egen vurdering av smerte (Wikström et al., 2016). Dette kom også frem i studien til Granheim et.al (2015) hvor sykepleiere ofte ikke tok hensyn til hva pasienten selv anga av smerter hvis de ikke observerte synlige tegn på smerte.

Granheim et al. (2015) viser funn som tyder på at sykepleierne var engstelig for å gi opioider som smertelindring relatert til frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Sykepleierne ga en ineffektiv dose, eller ikke opioid i det hele tatt til tross for at pasienten hadde NRS på åtte. Wikström et al. (2016) påpeker viktigheten av at sykepleiere må inneha kunnskap om bruken av opioider.

Granheim et al. (2015) kommer frem til at det er nødvendig med mer kunnskap blant sykepleiere for å styrke kompetansen i behandling av postoperative smerter, dette kommer også frem i studien til Fatma & Serife (2017).

3.2.2.Sykepleiers observasjon av og kommunikasjon med pasienten

Van Boekel et al. (2017) indikerer at smertevurdering er en prosess som innebærer pasient og sykepleier, og sykepleier bør bruke flere vurderinger i smertebehandling. Bach et al. (2018) viser funn hvor sykepleieren ofte vurderte pasientens smerte som del av en annen oppgave. Kommunikasjonen var ofte kort og uten detaljerte spørsmål. Pasientene ble sjeldent inkludert i smertevurderingen, og målet for behandling ble sjeldent formidlet. Dette kom også frem i studien til Wikström et al. (2016), hvor sykepleierne tolket smertene til pasienten basert på kroppsspråk og aktivitet i tillegg til egne observasjoner. 99% av pasientene fortalte i studien til Fatma & Serife (2017) at de enkelt kunne rapportere om smerter til sykepleierne. Bach et al. (2018) viser på den annen side at pasientene sjeldent tilkalte sykepleier på grunn av smertene, og sykepleierne var de som oftest tok initiativ. I studien til Wikström et al. (2016) ble det gjort funn som indikerte at pasienter som ikke ønsket å snakke om smertene var redd for å bli oppfattet som svake, eller var engstelig for at de plaget sykepleierne. Videre kommer det frem at forståelse og empati hos sykepleieren var avgjørende for at pasienten ønsket å kommunisere om smertene. Hvis pasientene klarte å beskrive detaljer om smertene og hvordan de påvirket dem ble det lettere for sykepleierne å vurdere de. Smertevurderingen avhenger av en god relasjon mellom pasient og sykepleier (van Boekel et al., 2017).

Wikström et al. (2016) beskriver at sykepleierne at pasientens kroppsspråk forenklet forståelsen av smerter. Studien til van Boekel et al. (2017) sier at observasjon av evnen pasienten har til mobilisering, ventilasjon og hosting kan gi en indikasjon på om smertene er tilstrekkelig lindret. I studien til Bach et al., (2018) kommer det frem at pasientene ofte brukte kroppsspråk i stedet for ord når de uttrykte smerter. Dette ble ikke alltid observert av sykepleierne

3.2.3.Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy

Flere av studiene indikerer at høy vurderingene på NRS-skalaen ikke alltid samsvarer med hva pasienten mener er akseptabel smerte (van Boekel et al., 2017; van Dijk et al., 2012; Wikström et al., 2016). Wikström et al., (2016) viser at det oppstår situasjoner hvor pasienter med åpenbar smerte vurderer sin egen smertescore som lav på NRS-skalaen. Studien til Van dijk et al. (2012) viser at pasienter og sykepleiere, med unntak av smertesykepleiere, vurderte NRS-score mellom 4-6 som akseptabel smerte. Van Boekel et al. (2017) forteller at pasienter med lav NRS-score ikke alltid samsvarer med akseptabel smerte da 1/10 angir NRS mellom 0-4 som uakseptabel. På den andre siden viser funnene at 1/5 angir NRS 7 som akseptabel smerte.

Sykepleierne mente NRS var et godt alternativ for å vurdere smerte hos pasientene og ved evaluering av smertebehandling. Det var allikevel avgjørende at pasienten evnet å bruke skalaen riktig (Wikström et al., 2016). I studien til Fatma & Serife (2017) ble det gjort funn som viste at sykepleierne var skeptiske til bruk av VAS, og inkluderte ikke dette i

smertevurderingen. Dette kom også frem i studien til Back et al. (2018), hvor sykepleierne ikke brukte standardiserte kartleggingsverktøy som del av den normale praksisen.

Vitullo et al. (2020) viser funn der sykepleiere og pasienter er mer fornøyd med å bruke et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy som CAPA. Denne studien sammenlignet bruken av NRS og WILDA opp mot CAPA. Studien viser at pasientene syntes CAPA medførte en bedre videreformidling av smertene og at sykepleierne fikk en bedre forståelse av hvordan pasienten hadde det. Pasientene var mer tilfreds med å snakke om smertene ved å bruke CAPA i stedet for NRS. Sykepleierne følte CAPA bidro til mer informasjon om pasientens behov for smertelindring. Det ble allikevel knyttet svakheter til verktøyet. Hovedgrunnen til dette var at verktøyet var tidkrevende. Det at CAPA er et bedre kartleggingsverktøy kan sammenlignes med funn gjort i studien til Van Boekel et al. (2017). Forfatterne oppfordrer sykepleierne til å vurdere smertene ut ifra flere dimensjoner og det bør i fremtidig forskning forskes på effekt av multidimensjonal smertevurdering.

4. Diskusjon

Dette kapitlet inneholder drøfting av tidligere presentert teori og resultater fra forskningen samt egne erfaringer fra praksis. Kapitlet er delt inn i seks underkapitler for å skape bedre struktur i diskusjonen. De tre første kapitlene skal bidra til å svare på problemstillingen. Deretter følger to kapitler som inneholder implikasjoner for sykepleie og kritisk vurdering av litteraturstudien. Det siste kapitlet inneholder konklusjon. Kapitlet skal kunne svare på problemstillingen:

Hvordan påvirker kunnskap og holdninger hos sykepleier postoperativ smertelindring hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep?

4.1. Hvilke kunnskap og holdninger bør sykepleier ha i behandling av postoperative smerter?

Sykepleiere innehar ansvar i behandling av smerter (Holm & Kummeneje, 2009, s.72). Kunnskap og erfaring hos sykepleieren påvirker kvaliteten på behandling av postoperative smerter (Wikström et al., 2016). Dette kan en finne støtte for i teorien hos P. Nortvedt & Nortvedt (2018, s.108) som påpeker at sykepleieren kontinuerlig bør oppdatere sin kunnskap om smerte og smertelindring. I studien til Granheim et al. (2015) ble det gjort funn som viste at sykepleierne innehar gode teoretiske kunnskaper om smerte og smertebehandling, men at dette ikke samsvarer med praktisk handling. Dette stemmer med mine egne erfaringer fra praksis. Sykepleierne snakker ofte på vaktrommet om smerter og smertebehandling, og viser at de innehar kunnskaper og er bevisst ovenfor smertelindring. Likevel har jeg erfart at pasienter flere ganger ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring. Dette medfører fortvilelse og lidelse hos pasienten og strider mot rollen sykepleieren har i å ivareta pasientens grunnleggende behov for velvære (P. Nortvedt & Grønseth, 2016, s.21). Ifølge velgjørenhet og ikke-skade prinsippet skal sykepleieren etter beste evne gjøre det beste for pasienten og minimere smerter og ubehag (P. Nortvedt, 2012, s.96-97).

Alle mennesker er unike individer som opplever lidelse forskjellig. Smerte kan ikke observeres av andre, fordi det kun er den syke som forstår hvordan denne er (Travelbee, 1999). Til tross for dette viser forskning og teori at sykepleiere undervurderer postoperative smerter hos pasienten, og det oppstår situasjoner hvor sykepleieren ikke stoler på pasientens egen vurdering av smerte (Bach et al., 2018; Granheim et al., 2015; F. Nortvedt & Ljoså, 2021, s.32-33; Wooldridge & Branney, 2020). F. Nortvedt & Ljoså (2021, s.32-33) påpeker at sykepleieren må ha en grunnholdning som medfører at pasienten blir tatt på alvor. Dette samsvarer med teorien til Travelbee (1999), hvor sykepleiere må være bevisst ovenfor sine holdninger og hvordan disse påvirker pasienten. Pasienter merker når sykepleiere ikke tror smertene er til stede. Travelbee (1999) forklarer at sykepleiere kan ha utviklet en målestokk som indikerer hva slags type smerte en pasient bør ha etter bestemte inngrep. Dette samsvarer ikke med teorien om at ethvert menneske er unikt og opplever smerte forskjellig. Hvis sykepleieren ikke inkluderer pasienten i vurdering av smerte, strider dette mot pasientens rett til selvbestemmelse (P. Nortvedt, 2012, s.132).

Holm & Kummeneje (2009, s.67-69) forteller at postoperativ smerte er forventet. Dette kommer også frem i studien til Bach et al. (2018) hvor sykepleiere oppfatter smerter som

ett normalt fenomen, hvor de kanskje ikke har som mål å lindre smertene fullstendig. Sykepleiere skal lindre lidelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2) og er ansvarlig for faglig forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999, §4). Selv om postoperativ smerte er forventet skal ikke pasientene lide av smerte. I studien til Bach et al. (2018) ble målet for behandling av smerte sjeldent delt med pasientene, Danielsen et al. (2016, s.398) skriver at sykepleieren skal informere om målet med smertelindringen og at sterke smerter er uhensiktsmessig.

En annen årsak til at sykepleiere ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring kan være frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet (Holm & Kummeneje, 2009, s.89). Granheim et al. (2015) viser funn hvor sykepleierne ikke ga lindrende dose med morfin, selv om pasienten indikerte sterke smerter. På den ene siden kan postoperative smerter være hensiktsmessig da disse kan bidra til at postoperative komplikasjoner blir identifisert (Holm & Kummeneje, 2009, s.68-69). På den andre siden kan postoperative smerter forårsake uønsket skade på kroppens organer (Dihle, 2021, s.90). Holm & Kummeneje (2009, s.68-69) forteller at det er oppdaget få tilfeller hvor smertebehandlingen er for effektiv. En kan ut ifra dette tenke seg en mulig sammenheng mellom ikke tilstrekkelig smertelindring og frykt for bivirkninger av opioider. Wikström et al. (2016) påpeker at sykepleieren må inneha kunnskap om bruk av opioider. Danielsen et al. (2016, s.388) underbygger argumentet med at sykepleiere skal inneha kunnskaper om bivirkninger av smertebehandling, hvordan de forebygges og behandles.

4.2. Hvilke utfordringer kan oppstå når sykepleier møter pasienten?

Travelbee (1999) sier sykepleieren kan tenke seg til hvordan pasientens smerte oppleves, men aldri helt forstå. Ifølge P. Nortvedt & Nortvedt (2018, s.108) kan sykepleieren betvile realiteten av smertene hos pasienten, men ikke avvise dem. Det at smerte er vanskelig å vurdere samsvarer med resultater funnet i studiene til Wikström et al. (2016) og Granheim et al. (2015). I studien til Bach et al., (2016) kom det frem at sykepleierne ofte gjennomførte smertevurdering i forbindelse med en annen oppgave. Pasientene ble sjeldent inkludert i smertevurderingen. Wikström et al. (2016) beskriver at sykepleierne tolket smertene basert på kroppsspråk, og brukte pasientens aktivitet og egne observasjoner i tillegg. Van Boekel et al. (2017) skriver at vurdering av smerte er en prosess som inkluderer både pasient og sykepleier, og sykepleieren bør bruke flere vurderinger i behandling av smerte.

I studiene til Wikström et al. (2016) og Granheim et al. (2015) opplevde sykepleierne det vanskelig med å avgjøre smerte hos pasienten hvis de ikke observerte non-verbale tegn. Dette stemmer med mine egne erfaringer fra praksis hvor sykepleiere ofte kommer inn på vaktrommet, fortvilet fordi hun selv ikke forstår at pasienten rapporterer om smerter når hun selv ikke har gjort observasjoner på smerter hos pasienten. F. Nortvedt & Ljoså (2021, s.31) sier non-verbale tegn på smerte kan brukes i observasjon av smerte. Samtidig påpeker de at disse ikke alltime er sikre, presise tegn. Sykepleierne beskriver at non-verbale tegn på smerter gjorde det enklere å forstå smertene. Hvis pasienten i tillegg klarte å beskrive detaljer om smerte og hvordan det påvirket dem ble vurderingen lettere (Wikström et al., 2016). I studien til Bach et al. (2018) stolte sykepleierne mer på hva pasienten var i stand til å gjennomføre av aktivitet enn hva de formidlet av smerter. Van Boekel et al. (2017) viser at observasjon av pasientens evne til mobilisering, pusting og

hosting kan gi indikasjon på om smertelindringen er tilstrekkelig. På den ene siden ble det gjort funn i studien til Bach et al. (2016) at pasientene ofte brukte kroppsspråk fremfor ord når de uttrykte smerter, mens det på den andre siden ikke alltid ble oppfattet av sykepleieren. Dette viser at sykepleiere må være bevisst ovenfor non-verbale tegn på smerte hos pasienten, slik at disse blir tatt med i vurdering og behandling av postoperative smerter.

Berntzen et al. (2016) skriver at tidligere erfaring med smerte kan ha medvirkende faktor på postoperativ smerte. Fatma & Serife (2017) viser funn hvor pasienter som hadde gjennomgått operasjon tidligere hadde mer smerter enn de som opererte første gang. I studien til Bach et al. (2018) ble det observert at sykepleiere hadde lite kunnskap om at pasienter med tidligere smerteerfaring, ikke nødvendigvis ved akutte smerter fikk redusert aktivitetsnivå. Wikström et al., (2016) viser også at sykepleierne hadde lite oppmerksomhet knyttet til pasientens egen erfaring med smerte. En kan derfor tenke seg en mulig sammenheng mellom dette og at sykepleiere ikke observerer non-verbale tegn når pasientene angir sterke smerter.

I behandling av smerter må sykepleier ha tillitt til pasienten og pasienten må ha tillitt til sykepleieren (Danielsen et al., 2016, s.388). Wikström et al. (2016) viser funn hvor pasienter ikke tok kontakt med sykepleierne ved smerter i frykt for å bli oppfattet som svake eller var engstelig for at de plaget sykepleierne. Dette samsvarer med mine egne erfaringer i praksis. Noen ganger har jeg observert pasienter i forbindelse med en annen oppgave ha sterke smerter, uten å si ifra til sykepleieren. Ved spørsmål om hvorfor de ikke har sagt ifra forteller de at de ser hvor travelt vi har det på jobb, og sier de ikke vil plage oss. Andre har svart de føler de maser for mye. Travellbee (1999) sier reaksjonen pasienten får fra andre om smertene har mye å si. En kan ut ifra dette tenke seg en mulig sammenheng mellom hvordan sykepleieren reagerer på smertene og hvor ofte pasienten sier ifra. En annen mulig forklaring til at pasienten ikke tar kontakt hvis de opplever smerte kan være at pasientene tror det er sykepleieren som vet best (Danielsen et al., 2016, s.398).

I studien til Bach et al. (2018) kommer det frem at sykepleierne ofte brukte pasientens funksjonsnivå indirekte i vurdering av smerte, og at de sjeldent inkluderte pasientene i vurderingen. Ifølge F. Nortvedt & Ljoså (2021, s.32-33) vil en god relasjon mellom sykepleier og pasient bidra til god samhandling som gir bedre smertebehandling. Travelbee (1999) forteller at for å kunne oppnå sykepleiers mål og hensikt må man etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette innebærer at sykepleier og pasient må se på og forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer. Dette er avgjørende for å kunne nå helt inn til hverandre, og først når man ser på hverandre som mennesker oppnås en reell kontakt. Sykepleieren må se på pasienten som et unikt individ, og ikke som en jobb. Eide & Eide (2018) forteller at trygghet og tillitt vil kunne skape en god relasjon. For å få til dette må sykepleier være empatisk og bruke bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon gjør at pasienten føler seg sett og forstått, og viser at sykepleieren anerkjenner pasienten, respekterer pasientens integritet og rett til selvbestemmelse. Kommunikasjonen bør være personorientert og faglig fundert. Dette innebærer aktiv lytting, utforskning og anerkjenning av det pasienten opplever. Travelbee (1999) sier sykepleier må gå inn for å lære den syke å kjenne. Dette kan man finne støtte for i studien til Van Boekel et al. (2017). Den underbygger argumentene med å skape en relasjon slik at pasienten blir inkludert i smertevurderingen. To av studiene indikerer forskjellige funn om pasienter som rapporterer om smerter til sykepleiere. Fatma & Serife (2017) beskriver at 99% av pasientene svarer de enkelt kunne rapportere om smerter til

sykepleierne. Bach et al., (2018) viser at det var sykepleierne som oftest tok initiativ og at pasientene sjeldent tilkalte sykepleier. Wikström et al. 2016) påpeker at forståelse og empati hos sykepleier bidrar til at pasientene ønsker å kommunisere om smertene. Sykepleieren må derfor møte pasienten med respekt og anerkjennelse (Eide & Eide, 2018), og skape et menneske-til-menneske-forhold hvor pasient og sykepleier ser på hverandre som unike menneskelige individer (Travelbee, 1999).

4.3. Hva er utfordringene ved bruk av kartleggingsverktøy?

Bruk av kartleggingsverktøy er anbefalt. Dette fører til en mer pålitelig behandling av postoperative smerter, fordi pasienten mer nøyaktig kan vurdere sin smerte (Dihle, 2021, s.99-100). Dette kan en finne støtte for hos F. Nortvedt & Ljoså (2021, s.18) som sier pasienten bør ta del i vurdering av smerte, fordi det er pasienten selv som opplever smerten og kan beskrive denne. Funnene i studiene til Fatma & Serife (2017) og Bach et al. (2018) indikerte at sykepleierne ikke brukte kartleggingsverktøy systematisk i behandling av smerte. I en annen studie fant de ut at sykepleierne mente NRS var et godt alternativ for å vurdere smerte hos pasientene, og ved evaluering av smertebehandling. (Wikström et al., 2016). Det kom ikke klart frem i studien til Bach et al. (2018) hvorfor sykepleierne ikke benyttet seg av kartleggingsverktøy, mens det i studien til Fatma & Serife (2017) kom frem at sykepleierne var skeptiske til bruk av VAS. En kan ut ifra dette tenke seg en mulig sammenheng med funnene gjort i studien til Wikström et al. (2016) hvor det er avgjørende at pasientene får informasjon i bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne kan være skeptiske til kartleggingsverktøy fordi pasientene ikke har fått god nok informasjon. Informasjon og instruksjon i bruk av kartleggingsverktøy bør inngå i de preoperative forberedelsene (Holm & Kummeneje, 2009, s.53). Eide & Eide (2018) påpeker at informasjonen må være tydelig.

Ifølge Dihle (2021, s.99-100) bør ikke NRS-scoren være over 3 ved postoperativ smertelindring. I studiene til Van Boekel et al. (2017), Van Dijk et al. (2012) og Wikström et al. (2016) ble det gjort funn som indikerte at en høy vurdering på NRS-skalaen ikke alltid samsvarte med hva pasienten mente var akseptabel smerte. Wikström et al. (2016) fant også ut at pasienter med åpenbar smerte vurderte smertescoren til lav på NRS-skalaen. Van Dijk et al. (2012) viser funn som indikerte at både pasient og sykepleier vurderte NRS-score mellom 4-6 som akseptabel smerte. Van Boekel et al. (2017) viser funn som tyder på at pasienter med lav NRS-score ikke alltid samsvarte med hva som var akseptabel smerte. Det kom også frem at pasienter med høy NRS-score mente det var akseptabel smerte. Med bakgrunn i disse funnene kan en diskutere om kartleggingsverktøyene er gode nok og om pasientene har fått informasjon i bruken av disse. Det kan også diskuteres om NRS 3 alene bør være indikator for å gi mer smertestillende midler.

Sykepleiere og pasienter var mer fornøyd med å bruke et flerdimensjonalt kartleggingsverktøy kontra et endimensjonalt. CAPA ble vurdert opp mot NRS og WILDA. Pasientene følte CAPA bidro til bedre videreformidling om hvordan de hadde det. Sykepleieren opplevde at de fikk mer informasjon om pasientens behov for smertelindring (Vitullo et al., 2020). Vi vet fra teorien at smerte varierer fra person til person, og er avhengig av tid, sted og situasjon (Wyller, 2019, s.113-114). En kan derfor se en mulig sammenheng i at flerdimensjonale kartleggingsverktøy er bedre i vurdering og behandling av smerte, fordi det gir innsikt i flere dimensjoner av smerte. Dette kan sees i sammenheng med funn gjort i studien til Van Boekel et al. (2017) hvor sykepleiere bør bruke flere

dimensjoner i vurdering av smerte, fordi smerte inneholder flere dimensjoner. Danielsen et al. (2016, s.390) sier at flerdimensjonale verktøy er mer omfattende og måler intensitet på smertene og hvordan de påvirker pasienten. Disse bør brukes aktivt og være en del av rutinemessige observasjoner.

På den ene siden vil et flerdimensjonalt verktøy kunne gi bedre indikasjon på smertene hos pasienten, mens det på den andre siden er tidkrevende å bruke et slikt omfattende verktøy (Vitullo et al., 2020). Med bakgrunn i forskningen som viser at NRS score ikke alltid samsvarer med hva pasienten mener er akseptabel smerte (van Boekel et al., 2017; van Dijk et al., 2012; Wikström et al., 2016), kan man tenke seg til at det bør foregå en mer omfattende kartlegging av smerte. Van Boekel et al. (2017) sier det bør forskes på effekt av multidimensjonal smertevurdering.

4.4. Implikasjoner for sykepleie

Pasientene merker raskt når sykepleier ikke tror på det han sier. Noe som kan medføre tap av tillit. Sykepleiere må derfor være bevisst ovenfor sine holdninger til pasienten (Travelbee, 1999). Gjensidig tillitt mellom pasienten og sykepleier er viktig for at pasienten skal kunne fortelle om sine smerter (Danielsen et al., 2016, s.388). Sykepleier må skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten som innebærer at man ser på pasienten som et unikt individ (Travelbee, 1999). Ifølge de grunnleggende etiske prinsippene velgjørenhet og ikke-skade skal sykepleieren gjøre det beste for pasienten, noe som innebærer å minimere smerter og ubehag (P. Nortvedt, 2012, s.96-97). Dette bidrar også til å ivareta det grunnleggende behovet for velvære (P. Norvedt & Grønseth, 2016, s.21).

Sykepleiere må inneha kunnskap om hvordan man kan skape en relasjon til pasienten slik at det oppstår et tillitsforhold (Van Boekel et al., 2017, Danielsen et al., 2016, Eide & Eide, 2018). Studien viser at sykepleiere frykter respirasjons- og opioidavhengighet ved bruk av opioider (Holm & Kummeneje, 2009; Granheim et al., 2015). Dette til tross for at sykepleiere som oftest innehar god kunnskap om bruken av opioider (Granheim et al., 2015). Det er viktig å belyse dette temaet fordi det ofte er en grunn til at pasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret.

Sykepleiere bør bruke kartleggingsverktøy systematisk i vurdering av pasientenes smerter. Dette kan bidra til at pasientene selv kan vurdere sin egen smerte (Dihle, 2021, s.99-100). Dette fordi smerte er subjektivt og det er kun pasienten som opplever smerten (Wyller, 2019, s.113-114; F.Nortvedt & Ljoså, 2021, s.18).

4.5. Metoderefleksjon

Dette kapittelet presenterer styrker og svakheter med litteraturstudien. Både en styrke og svakhet i studien er at forskningen kommer fra forskjellige land. Forskningen indikerer at postoperativ smertelindring er et problem på verdensbasis, samtidig kan det medføre mindre overføringsverdi til sykepleiere i Norge fordi helsevesenet i andre land er annerledes. Artikkene er etisk godkjent, fagfelleurdert, utgitt i perioden mellom 2012-2022 og publisert i et vitenskapelig tidsskrift, noe jeg anser som en styrke.

Jeg har brukt Evans analysemodell (Evans, 2002) i analysearbeidet i oppgaven. Dette mener jeg er en styrke i studien fordi jeg grundig gikk igjennom funnene i studiene og fikk et oversiktsbilde over temaer. En svakhet med studien er at flere artikler er på engelsk, noe som kan ha medført mindre feil i oversettelse til norsk. Jeg har allikevel jobbet konsentrert og aktivt brukt ordbok. En svakhet med studien er at det kun er inkludert

forskning fra tre databaser. Dette ble bevisst valgt på grunn av tidsbegrensing. Det kan ha vært relevante artikler som kunne blitt brukt i oppgaven som jeg ikke har funnet.

4.6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen: «Hvordan påvirker kunnskap og holdninger hos sykepleier postoperativ smertelindring hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep?» Jeg har undersøkt hvilke kunnskap og holdninger sykepleiere har i behandling av smerter og hvordan dette påvirker postoperativ smertelindring. Studien inkluderer bruk av kartleggingsverktøy.

Postoperativ smertelindring er et problem i store deler av verden. Dette øker risikoen for postoperative komplikasjoner og kroniske smerter etter operasjonen. Smerte resulterer i lidelse hos pasienten og kan påvirke livskvaliteten. Sykepleier har et ansvar i å ivareta grunnleggende behov og redusere lidelse. Forskning viser at sykepleiere har god kunnskap om smerte og smertebehandling, men at dette ikke samsvarer med hva som blir gjort i praksis. Sykepleier må inneha kunnskap om at pasienter er unike individer som opplever lidelse forskjellig, og behandlingen må være individuelt tilpasset. Flere studier indikerer at sykepleiere ikke tror på pasientens egen vurdering og undervurderer postoperative smerter. Dette kan være fordi sykepleierne synes det er vanskelig å vurdere smerter hvis de ikke observerer non-verbale tegn. Sykepleier må inneha kunnskap om at non-verbale tegn på smerter kan brukes i vurdering, men at det ikke alltid er tilstrekkelig. Smerte kan ikke oppleves av andre og det er kun personen som opplever den som kan kjenne denne. Sykepleiere må derfor ha en grunnholdning som medfører at pasienten blir tatt på alvor. Pasienten må bli inkludert i smertevurderingen og bli informert om målet med behandlingen. Frykt for respirasjonsdepresjon og avhengighet ved behandling med opioider er en faktor til utilstrekkelig smertelindring, til tross for at det er observert få tilfeller av for effektiv smertelindring. Det er derfor behov for økt kunnskap i bruken av opioider.

Kunnskap om tillitt, relasjonsbygging og kommunikasjon står sentralt for å kunne legge til rette for god behandling av postoperative smerter. Holdninger sykepleier har til postoperative smerter hos pasienten påvirker tillitten. Pasienter kan føle de ikke blir anerkjent og respektert. Dette kan medføre at de ikke ønsker å kommunisere om smertene. Sykepleier bør derfor skape et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, slik at en oppnår reell kontakt.

Studien viser at kartleggingsverktøy bør brukes systematisk i behandling av smerter. Forskning viser varierende resultater i bruk av dette. Informasjon i bruk av kartleggingsverktøy er viktig for at det skal brukes riktig. Forskning viser at tallene på NRS-skalaen ikke alltid samsvarer med hva pasienten mener er akseptabel smerte. Flerdimensjonale kartleggingsverktøy kan være mer hensiktsmessig i vurdering og behandling av smerter kontra et endimensjonalt kartleggingsverktøy. Det kan være interessant i fremtiden å forske videre på bruk av flerdimensjonale kartleggingsverktøy. Om dette bidrar til bedre postoperativ smertelindring hos pasienten og om det gir sykepleieren et bedre behandlingsgrunnlag.

Kunnskap og holdninger hos sykepleier er avgjørende i behandling av postoperative smerter hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep. Gode kunnskaper og holdninger hos sykepleier påvirker postoperativ smertelindring i positiv retning. Studien viser at det er behov for at det rettes fokus mot dette temaet.

Referanser

- Bach, A. M., Forman, A., & Seibaek, L. (2018). Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. *Pain Management Nursing*, 19(6), 608–618.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309–379). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–423). Gyldendal Akademisk.
- Dihle, A. (2021). Smerte og smertebehandling. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 88–106). Cappelen damm akademisk.
- Doheny, K. (2020, 21 desember). Practical Pain Management.
<https://www.practicalpainmanagement.com/resources/news-and-research/better-approach-pain-assessment-places-emphasizes-function>
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation.*, 20(2), 22–26.
- Fatma, A., & Serife, K. (2017). Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1456–1464.
- Fink, R. (2000). Pain Assessment: The Cornerstone to Optimal Pain Management. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 13(3), 236–239.
<https://doi.org/10.1080/08998280.2000.11927681>

- 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., Borchgrevink, P., & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(18), 1772–1776.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1184>
- 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*, 4, 326–334.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helsebibloteket. (2016, 06. juni). *Sjekklistor*. Helsebibloteket.
<https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (u.å.). *Terminology*. International Association for the Study of Pain (IASP). Hentet 31. mai 2022 fra
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om Sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (2. utg., s. 15–29). Gyldendal akademisk.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, februar 24). *T22.4.1 Postoperativ smertebehandling*. Norsk legemiddelhåndbok.
https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.1/Postoperativ_smertebehandling
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 28. april 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, F., & Ljoså, T. M. (2021). Smerte—En persolig og sammensatt opplevelse. I N.J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S.A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 17–41). Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17–37). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P., & Nortvedt, F. (2018). *Smerte—Fenomen og etikk*. Gyldendal akademisk.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister. Hentet 01.06.2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Rawal, N. (2016). Current issues in postoperative pain management: *European Journal of Anaesthesiology*, 33(3), 160–171.
<https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000366>
- Reine, E. (2021). Postoperativ anestesisykepleie. I A.-C.L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg.). Cappelen damm akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- van Boekel, R. L. M., Vissers, K. C. P., van der Sande, R., Bronkhorst, E., Lerou, J. G. C., & Steegers, M. A. H. (2017). Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery. *PLOS ONE*, 12(5), e0177345. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177345>
- van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 65–71.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009>
- Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H., Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). *Surgical patients' and registered nurses'

- satisfaction and Perception of Using the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA©) Tool for Pain Assessment. *Journal of Vascular Nursing*, 38(3), 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001>
- Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain—A critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 802–812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>
- Wooldridge, S., & Branney, J. (2020). Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: A literature review. *British Journal of Nursing*, 29(4), 212–220. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.212>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medicin* (4. utg.). Cappelen damm akademisk.

