

Inger Brenna
Victoria Dalen Bjørnstad
Jorid Heiene
Guro Løken Helle

Postoperativ smertelindringsprosess

Hva påvirker sykepleiers vurderinger?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Inger Brenna
Victoria Dalen Bjørnstad
Jorid Heiene
Guro Løken Helle

Postoperativ smertelindringsprosess

Hva påvirker sykepleiers vurderinger?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Postoperativ smertelindringsprosess: hva påvirker sykepleiers vurderinger?</u>	Dato : 16.05.19
Deltaker(e)/	<u>Inger Brenna, Victoria Dalen Bjørnstad, Jorid Heiene og Guro Løken Helle</u>	
Veileder(e):	<u>Lisbeth Kjelsrud Aass</u>	
Evt. oppdragsgiver	_____	
Stikkord/nøkkel ord	<u>Kunnskap, stress, kartlegging, kommunikasjon, postoperativ smerte</u>	
Antall sider/ord: 42/9675	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Bakgrunn: Smertebehandling har de siste 20 - 30 årene utviklet seg til det bedre. Likevel får ikke alle pasienter den smertelindringen de har behov for. Sykepleier har et ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, og har en sentral rolle i smertebehandling fordi hun har mye kontakt med pasienten.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse ulike faktorer som kan påvirke sykepleier i prosessen med postoperativ smertebehandling til voksne pasienter.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er blitt utført systematiske søk etter forskningsartikler i to databaser. Seks artikler er inkludert, og kritisk vurdert, før funnene ble kategorisert og diskutert.

Resultater: Resultatanalysen ga fire temaer:

I) Sykepleiere rapporterer seg selv som kompetente til å vurdere smerter. Flesteparten av pasientene er fornøyde med behandlingen. Bachelorstudenter opplevde at lærerne hadde kunnskaper om smertelindring, men at mengden undervisning om temaet varierte.

II) Sykepleiere blir påvirket fysisk, psykisk og atferdsmessig av et stressende arbeidsmiljø. Dette medfører at de ikke får gjort det som forventes av dem og pasientene får ikke den pleien av kvalitet de har krav på.

III) Det er uklare retningslinjer for bruk av smertekartleggingsverktøy. Sykepleiere bruker ofte sin egen vurdering av smertene fra nonverbale tegn, uten selvrapporing fra pasienten.

IV) Vurdering av smerter går ut på sykepleierens evne til å gjenkjenne smerte og kommunisere med pasienten om hans smerter. Preoperativ informasjon har et klart forbedringspotensiale.

Konklusjon: Sykepleiere har forskjellig vurderingsgrunnlag ut fra kunnskapen til den enkelte. Samtidig påvirker stress og arbeidsmiljø sykepleiers vurderinger negativt som kan føre til at den postoperative smertelindringsprosessen blir ufullstendig og inadekvat. Det er også et stort forbedringspotensiale når det gjelder smertekartlegging, og det bør være klare retningslinjer for å sikre lik praksis. For å nå målet om optimal smertelindring er det nødvendig med endringer som bedrer preoperativ informasjon om smertekartlegging og smertebehandling.

ABSTRACT

Title:	<u>The process of postoperative pain treatment: what affect the nurse`s assessments?</u>	Date : 16.05.19
Participants/	<u>Inger Brenna, Victoria Dalen Bjørnstad, Jorid Heiene and Guro Løken Helle</u>	
Supervisor(s)	<u>Lisbeth Kjeldsrud Aass</u>	
Employer	_____	
Keywords	<u>Knowledge, stress, pain mapping, communication, postoperative pain</u>	
Number of pages/words: 42/9675	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): open

Short description of the bachelor thesis:

Background: Pain treatment in health care has over the last 20 - 30 years developed for the better. Nevertheless, half of all patients does not receive the pain relief they need. Nurses have a responsibility to provide sufficient care for the patients and help relieve suffering. They have a central role in pain treatment because of their close contact with the patients.

Aim: The aim of this study is to highlight various factors that can affect nurses in the process of postoperative pain treatment for adult patients.

Method: This study is a literature study. A systematic search for scientific articles has been conducted in to different databases. Six articles were included, and critically examined, before the results was categorized and discussed.

Results:

The analysis resulted in four topics:

I) Nurses see themselves as competent in assessing pain. They also report that most of the patients are satisfied with the treatment they receive. Bachelor nursing students found that their teachers had knowledge about pain treatment, but that the amount of time and focus spent on the subject varied.

II) A stressful work environment affect nurses both physically, mentally and behaviorally. This can result in them not being able to manage their tasks, and the patients not getting the quality of care they are entitled to.

III) Guidelines for the use of pain mapping tools are unclear. Nurses often use their own assessment of pain from nonverbal signs, without asking the patient to self-report.

IV) The evaluation of pain concerns the nurses` ability to recognize pain and communicate with the patients. There is much potential in improving preoperative information.

Conclusion: Nurses have different basis for assessing pain based on varying knowledge on the subject. A stressful work environment affect nurses`assessment negatively and can cause incomplete and inadequate postoperative pain treatment. It is a potential of improvement in pain mapping, and there should be clear guidelines to ensure equal treatment standards. To reach the goal of optimal pain treatment, it is necessary with changes that will improve preoperative information about pain mapping and pain treatment.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Smerte	8
2.1.2 Smertefysiologi	8
2.1.3 Smertelindring.....	9
2.2 Kartleggingsverktøy for smerter	10
2.3 Sykepleierens ansvarsområde	10
2.3.1 Sykepleiers holdninger, tillitsbygging og relasjoner	11
2.3.2 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	12
2.3.3 Sykepleiers kunnskap og erfaring	13
2.4 Travelbees sykepleieteori.....	13
2.5 Hensikt	14
<i>Problemstilling</i>	15
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Metasyntese som metode	16
3.3 Kvalitativ metode.....	17
3.4 Kvantitativ metode.....	17
3.5 Søk i databaser	18
3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
4.0 Resultater	21
4.1 Kunnskap og erfaring.....	23
4.2 Stress og arbeidsmiljø	24
4.3 Kartlegging av smerte	26
4.4 Kommunikasjon og holdninger.....	27
5.0 Diskusjon	29
5.1 Kunnskap og erfaring.....	29
5.2 Stress og arbeidsmiljø	30
5.3 Kartlegging av smerte	31
5.4 Kommunikasjon og holdninger.....	33
5.5 Metodiske overveielser	35
6.0 Konklusjon	37
7.0 Litteraturliste	39

1.0 Innledning

Tema for litteraturstudien er hva som påvirker vurderingene sykepleiere gjør ved postoperativ smertelindring. For å tilfredsstille menneskets grunnleggende behov for å oppleve velvære, er det viktig å være fri for smerter (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Som sykepleier har en ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleier har en sentral rolle i smertebehandlingen fordi hun har mye kontakt med pasienten (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Smertebehandling har de siste 20-30 årene utviklet seg til det bedre. Det finnes i dag mer kunnskap om smerter og metoder for smertelindring. Likevel er det flere alvorlige smertetilstander som blir under- og feildiagnostisert. Halvparten av alle pasienter får ikke den smertelindringen de har behov for (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Forskning bekrefter dette. Opptil flere pasienter rapporterer sterke til svært sterke smerter postoperativt (Fredheim *et al.*, 2011; Rognstad *et al.*, 2012; Voshall, Dunn og Shelestak, 2013). Dette er i høy grad svært uheldig da postoperativ smertelindring er sentralt for å hindre alvorlige komplikasjoner. Utilstrekkelig smertelindring kan føre til komplikasjoner som atelektase, venetrombose og pneumoni (Berntzen *et al.*, 2016).

Egne erfaringer fra praksis viser at flere av pasientene på kirurgisk avdeling opplevde postoperative smerter. Det opplevdes at det var svært travelt på avdelingen, noe som førte til inadekvat kartlegging av pasientenes smerter. I tillegg var manglende kunnskap om tema noe som tidvis førte til utilstrekkelig smertelindring. Siden stress er en stor del av arbeidsdagen, blir også kommunikasjon og relasjon til pasienten svekket. Det kunne virke som at disse faktorene førte til mindre god smertelindring for pasienten og dermed en dårlig opplevelse. På grunnlag av disse erfaringene ønsker vi å drøfte dette som påvirkningsfaktorer når sykepleier skal gjøre vurderinger i smertelindringsprosessen. Vi er klar over at pårørende også kan påvirke sykepleiers vurderinger, men på grunn av studiens omfang har vi valgt å utelukke dette som en faktor.

1.1 Begrepsavklaring

- *Postoperativ fase*: “Den postoperative perioden starter når operasjonen er avsluttet” (Berntzen *et al.*, 2016, s. 345).
- *Smertelindringsprosessen*: Det finnes ingen direkte definisjon på begrepet, men i denne oppgaven er betydningen: alt fra kartlegging og vurdering av smerter til administrering av legemidler. Evaluering og dokumentasjon av effekt av iverksatte tiltak hører også til under begrepet (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Vi velger i noen tilfeller å omtale sykepleier som “hun” og pasienten som “han”. Dette fordi det er mest nærliggende å kalle sykepleieren for hun, da vi selv er kvinner. Pasienten kalles da for han for å enkelt skille de i teksten og for å skape en bedre flyt i oppgaven.

2.0 Bakgrunn

2.1 Smerte

“Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Helsedirektoratet, u.å). Følelsen av smerte er subjektiv, og samme utløsende årsak kan gi varierende grad og opplevelse av smerte. Smerteopplevelsen kan være et resultat av det som utløser smerten, samtidig som psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle faktorer kan ha betydning for opplevelsen (Norsk Helseinformatikk, 2017). Smerteopplevelse kan være vanskelig å definere siden den er subjektiv. Varigheten og intensiteten av smerten kan kun føles av den som opplever smerten. En beskrivelse av smerte vil derfor ofte bli ufullstendig, fordi opplevelsen inneholder mer enn det som uttrykkes med ord. Likevel kan enkelte årsaker til smerter observeres av andre som for eksempel ved et hovent ledd eller dype kuttskader. Sterke smerter kan gi fysiske symptomer som rask puls, blekhet og svette. Andre symptomer kan være fysiologiske og atferdsmessige tegn (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Et kirurgisk inngrep er en fysisk påkjenning, og kroppen kan oppfatte det som en skade (Berntzen *et al.*, 2016). Smerte vil være en følelsesmessig reaksjon på dette (Norsk Helseinformatikk, 2017). God smertelindring i postoperativ fase har betydning for pasientens tilfredshet, fremmer mobilisering, forkorter liggetiden og bidrar til forebygging av postoperative komplikasjoner (Fredheim *et al.*, 2011).

2.1.2 Smertefysiologi

Hjernen tolker ulike typer påvirkninger som for eksempel smerte. Nerveimpulsene som fremkaller smerte blir i frie nerveender dannet til spesielle sensoriske nervefibre, kalt smertefibre. I nerveendene på smertefibrene er det reseptorer som kalles nociseptorer (Sand *et al.*, 2006). Når vev blir skadet eller er på vei til å bli skadet skilles det ut stoffer som stimulerer nociseptorene. Smerteimpulser ledes fra perifere områder i og på kroppen til hjernen der smertene blir bearbeidet og tolket. Fibre som fører nociseptive signaler går til ryggmargens bakhorn. I bakhornet dannes det synapser med andre sensoriske nervefibre som leder impulsene videre til thalamus. Fra thalamus går impulsen videre til den

somatosensoriske delen av hjernebarken. Hjernebarken lokaliserer og analyserer smertesignalene (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Det autonome nervesystemet blir aktivert. Blodtrykk og hjerterefrekvens vil dermed øke og blodsirkulasjonen i huden reduseres (Sand *et al.*, 2006). Smerter deles inn i akutte smerter og kroniske smerter. Kroniske smerter vil si at smertene er langvarige, at de varer mer enn tre måneder (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I denne studien har vi valgt å fokusere på de akutte og forbigående smertene som følge av operasjon.

2.1.3 Smertelindring

Danielsen, Berntzen og Almås (2016) sier at tilstrekkelig og god smertelindring krever flere vesentlige forutsetninger. Blant annet spiller behandlingsapparatets ferdigheter en stor rolle. Sykepleier må kunne jobbe kunnskapsbasert, og være i stand til å vurdere bruken av forskningslitteratur. Kunnskap om fysiologi og behandlingsmetoder er viktig. Behandlingsapparatets holdninger til smerter spiller også en stor rolle. Dersom sykepleier tviler på pasientens opplevelser og utsagn kan det redusere muligheten for god og effektiv smertebehandling. Det er viktig at sykepleier gjør en objektiv vurdering av pasienten, for å unngå og tolke smertene ut i fra egen kunnskap, erfaring og skjønn. En annen forutsetning er at det finnes en gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell. Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, samtidig som pasienten må stole på at sykepleier har ønske om å hjelpe og å gjøre godt. Sykepleier har ansvar for at dette tillitsforholdet skapes. Pasienten må kunne delta aktivt når det skal planlegges og vurderes hvilke smertelindringsmetoder som skal velges. Pasientens erfaringer og meninger må tas alvorlig, da det er pasienten selv som har kjennskap til sin egen smerte. Det gir også pasienten mulighet til å føle kontroll over situasjonen. Dersom pasienten føler seg sett, trygg og respektert, vil effekten av smertelindringen som gis kunne forsterkes. En annen forutsetning som er avgjørende for tilstrekkelig smertelindring er god kartlegging og vurdering. Dette for å finne ut av lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet og hva den fører til av nedsatt funksjon. Dessuten kan det være med på å bevisstgjøre pasienten, slik at han kan finne ut av hvilke forhold som faktisk lindrer smertene, og hva som forsterker dem (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

2.2 Kartleggingsverktøy for smerter

For å kunne planlegge, iverksette og evaluere en individuell, systematisk og tilpasset smertebehandling, må det gjennomføres en grundig kartlegging av pasientens smerter. Det kan brukes flere hjelpemidler til dette. Alt fra spørreskjemaer med beskrivelser av smerter, til enkle skalaer med horisontale eller vertikale linjer som er markert med tall eller beskrivelser. En kombinerings av disse hjelpemidlene kan være nyttig for å få en god beskrivelse av smertenes kvalitet og styrke. Hvor vellykket bruken av hjelpemidlene er vil avhenge av pasientens evne til å sette ord på smertene og til å plassere dette inn på en skala (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Den mest optimale smertekartleggingen oppnås når pasienten er i stand til å rapportere sine smerter på egenhånd. Dette fordi smerte er en subjektiv opplevelse (Torvik *et al.*, 2014). Smertevurderingsskjemaene/skalaene kan deles i to grupper: endimensjonale og flerdimensjonale. Endimensjonale skalaer som VAS, NRS, VRS måler kun smerteintensiteten. De er pålitelige og enkle, og er forståelige for de fleste pasienter. Disse skalaene kan være både visuelle og verbale. Flerdimensjonale skalaer, eksempelvis McGill Pain Questionnaire består av adjektiver som beskriver hvordan smertene sanses av kroppen, hvordan følelsene påvirkes av smertene og hvordan pasienten vurderer inntrykkene eller påvirkningen smertene har på kroppen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

2.3 Sykepleierens ansvarsområde

Sykepleiere har en viktig funksjon i smertebehandling. De har et stort og viktig ansvar for å lindre smertene til pasienter. Ansvar for å dekke det grunnleggende behovet for velvære innebærer datasamling, kartlegging og vurdering av smerte og klinisk observasjon. Sykepleieren står også for administrering av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak og vurdering av effekten de har. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å administrere smertelindrende medikamenter ordinert av lege, og for vurderingen når ekstra smertestillende skal gis. Smertelindring kan ofte oppleves moralsk utfordrende, da tilfredsstillende smertelindring ikke alltid er lett å gi til alle pasienter. Det er også sykepleieren som evaluerer virkningen av faste ordinasjoner, og som kan komme med forslag til legen om doseendringer. Det er et ansvar at hver enkelt pasient sine smerter observeres og kartlegges objektivt. Dette er en svært viktig oppgave ettersom pasientenes reaksjoner ved smerte varierer (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Sykepleier er ofte mer tilstede enn for eksempel en lege, og får derfor en annen mulighet for observasjon. Dersom sykepleieren

opplever at hun ikke har kunnskap eller kan hjelpe pasienten på en forsvarlig måte, har sykepleier ansvar for at pasienten får nødvendig hjelp av kvalifisert personell. Dette gjelder også ved smertelindring (Travelbee, 2001).

2.3.1 Sykepleiers holdninger, tillitsbygging og relasjoner

Det kan være en vanskelig oppgave å vurdere pasientens opplevelse av smerte. Dersom pasienten ikke har målbare tegn på smerte kan en tvile på om pasienten faktisk har smerter. Det er kun pasienten som kan fortelle hvor sterke smerter som er tilstede, og sykepleieren kan velge mellom å tvile på, eller å stole på pasienten. Sykepleiere tolker pasienters smerte ut fra egne erfaringer, skjønn og kunnskap. Egne erfaringer kan ha innvirkning på hva sykepleieren mener er normal smerteatferd. Dersom det er pasienter som avviker fra denne "normale" smerteatferden, kan sykepleieren synes at reaksjonen på smerte er overdreven. Ved at sykepleieren bruker sine egne erfaringer av smerte kan det øke forståelsen av smertene pasienter beskriver. En negativ faktor ved dette kan være at sykepleieren ser på sin erfaring som en norm som pasientenes smerte vurderes opp mot (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Travelbee (2001) stiller spørsmålet om hva som får sykepleiere til å anta at pasientens smerter ikke er reelle. Hun nevner også at pasientens væremåte har en innvirkning på hvordan sykepleierne vurderer smertene deres. Er noen av pasientene mer uttalte om smertene sine enn andre, kan en trekke beslutninger om at de overdramatiserer. Videre skriver hun at sykepleiere utvikler en "mental målestokk". Med dette mener hun at sykepleiere vurderer pasientenes smerter opp mot hva slags smerter som er forventet etter ulike operasjoner. Pasienter som overstiger denne forventningen av smerte kan bli kategorisert som nevrotiske, at de later som og at de er avhengig av medisin (Travelbee, 2001). Å skape en gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient er nødvendig for å kunne gi god smertelindring. Tillit skaper trygghet og respekt, noe som er en forutsetning for god og tilstrekkelig smertelindring. Sykepleieren er ansvarlig for at tillit blir skapt, og at pasientens egne meninger og erfaringer blir hørt og lagt til rette for (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Travelbee (2001) presiserer også at alle mennesker er ulike og har ulike reaksjoner på smerte. Det er derfor sentralt at sykepleiere er åpne og hører på pasientenes meninger.

2.3.2 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Vi trekker kun frem lovverk og yrkesetiske retningslinjer vi synes er relevante for vår problemstilling. I følge Norsk Sykepleierforbund (u.å) er respekt og verdighet overfor hver enkelt pasient et viktig grunnlag i utføringen av sykepleie. Både lovverket og de yrkesetiske retningslinjene står da sentralt.

I følge §3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenester. Dette vil si at pasientene kan medvirke ved valg mellom tilgjengelige tjenesteformer, samt behandlingsmuligheter. Derfor bør pasientene inkluderes i utformingen av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonelloven (1999) §4 omhandler krav til faglig forsvarlighet innen helsetjenestene og omsorgsfull hjelp fra autorisert og kunnskapsrikt personale. Dette innebærer at helsepersonell skal arbeide etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente annen kvalifisert personale, eller henvise pasienten videre dersom det er nødvendig. Helsepersonell har også i følge helsepersonelloven (1999) §39 plikt til registrere opplysninger i pasientenes journal. §40 viser at journalen har krav om å inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999).

I følge del 1 av de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund (u.å) har sykepleierne et faglig og etisk ansvar for egne handlinger og vurderinger i gjennomføringen av forsvarlig sykepleie. Dette innebærer at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning og utvikling i faget. Sykepleieren skal også være ærlig med å erkjenne egne grenser med tanke på kunnskap og faglig forsvarlighet. Del 2 av de yrkesetiske retningslinjene inneholder punkter som omhandler pasienten og sykepleieren. Sykepleieren skal i følge de yrkesetiske retningslinjene gi håp og mestring til pasienten for å gi livsglede. Sykepleieren skal videre fremme pasientmedvirkningen ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten for å sikre at informasjonen er forstått. I del 4 beskrives verdien og viktigheten av åpenhet og tillit i det tverrfaglige arbeidet i helsetjenesten for å sikre pasienttilfredsheten (Norsk Sykepleierforbund, u.å).

2.3.3 Sykepleiers kunnskap og erfaring

Vi har tatt utgangspunkt i bachelorutdanningen ved NTNU i Gjøvik. I studieplanen for sykepleiestudenter som går heltid kan en se hvilke fag som inngår i studiet og hvilke kunnskaper sykepleiestudentene skal sitte igjen med etter endte emner. I emnene SPL1012 og SPL2012, Klinisk Sykepleie 1 og 2 lærer en om sykepleierens oppgave for å bidra til, samt hjelpe mennesker til å opprettholde sine grunnleggende behov. Behandling og hjelp til å mestre smerter går inn under dette, men det er lite spesifikt om selve smertelindringen i pensum. I emnet SPL2041 Sykdomslære Somatikk, lærer studentene om smertefysiologi og den spesifikke virkningen av forskjellige smertestillende midler. Etter å ha sett på studieplanen kan det virke som det meste studenten lærer under studiet om smertelindring læres under praksisstudiene. Det vil også si at læringsutbyttet om smertelindring varierer stort mellom hvor hver enkelt student har hatt sine praksisstudier, og hva den enkelte har lest om på egenhånd (NTNU, u.å.).

Thomassen (2006) sier at kunnskap kan ha flere kilder. Den tilegnes fra teoretiske studier, praktisk trening, handlingserfaring og øvelse. Sykepleiere møter sammensatte utfordringer innenfor sammensatte arbeidssituasjoner. Vurdering og handling i praksis forutsetter et mangfold av kunnskaper. Utdanning av yrkesgruppene i helse- og omsorgssektoren er etablert som selvstendige, formaliserte utdanninger og fagområder. I utviklingen til å bli egne akademiske fag har det vært krav til et teorigrunnlag for yrkeskompetansen. Det fremheves at grunnlaget for praksisutøvelse skal være vitenskapelig praksis (Thomassen, 2006).

2.4 Travelbees sykepleieteori

Sykepleieprofesjonen bygger på sterke tradisjoner der sykepleiere gjennom generasjoner har lagt grunnlaget for profesjonens identitet og særegne oppgaver (Holter, 2015). Joyce Travelbee er en av disse sykepleieteoretikerne. Vi har valgt å bruke Travelbee i vår litteraturstudie da hennes teori er relevant for de temaene vi ønsker å diskutere relatert til vår problemstilling.

Travelbee's (2001) teorier bygger på at alle mennesker er individer og derav unike. I sykepleie er det sentralt at det skapes et menneske til menneske forhold mellom pasient og sykepleier. Dette forholdet eller relasjonen, er et virkemiddel som gjør det mulig for sykepleier å oppnå

mål og hjelpe individer. For å skape denne relasjonen er det avgjørende med god kommunikasjon da dette bygger tillit, og å være empatisk overfor pasientene. Det at sykepleierne kan bruke seg selv terapeutisk er en betydningsfull faktor i Travelbee's teorier. Dette innebærer å kunne bruke sine egne kunnskaper og personlighet til å påvirke en forandring hos pasienten. Forandringen kalles terapeutisk dersom den kan være med å lindre pasientens plager, som for eksempel smerter. Sykepleieren må bevisst og målrettet bruke sin egen personlighet for å skape en relasjon til pasienten (Travelbee, 2001).

Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).

Denne definisjonen beskriver at sykepleier skal hjelpe pasienter med å mestre og forebygge. Sykepleieren kan utøve dette i form av smertelindring og god kommunikasjon med pasienten, slik at pasienten takler situasjonen på best mulig måte (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee (2001) er et kirurgisk inngrep ikke bare en prosedyre, men også en menneskelig erfaring som alle individer reagerer ulikt på. Sykepleieren har et stort ansvar både før og etter operasjon. Pasienter har behov for en sikkerhet for å vite at de vil få følelsesmessig støtte og betryggelse. Sykepleieren skal gi god fysisk omsorg som er av kvalitet, men også sørge for at pasientens behov for sikkerhet og informasjon er dekket. For en sykepleier er det nærmest umulig å skulle vurdere graden av en pasients postoperative smerter. Dette er fordi smerteopplevelsene er individuelle og det er vanskelig å videreformidle opplevelsen av smertene. Sykepleiere er da nødt til å tro på pasientenes egne utsagn, og ikke la ens egne meninger og holdninger komme i veien for dette (Travelbee, 2001).

2.5 Hensikt

Sykepleier har et stort ansvar for å lindre pasientens smerter (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse ulike faktorer som kan påvirke sykepleier i prosessen med postoperativ smertebehandling til voksne pasienter. Vi ønsker med oppgaven å øke egen og andres kunnskap om tema.

Problemstilling

Dette har ført oss til problemstillingen:

Postoperativ smertelindringsprosess: hva påvirker sykepleiers vurderinger?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Thidemann (2015, s.76) definerer metode som “den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling”. En metode er fremgangsmåten som velges for å innhente og etterprøve kunnskap om virkeligheten, for å få svar på om antagelsene våre stemmer med erfaringene som gjøres (Thomassen, 2006). Metoden vi bruker for å svare på problemstillingen er en litteraturstudie. En litteraturstudie sammenfatter kunnskap som allerede eksisterer, det er litteraturen som studeres. En kan se på en litteraturstudie som en oversiktsartikkel (Støren, 2013). Aveyard (2014) sier at en litteraturstudie av god kvalitet kvalifiserer som en egen type forskning. Arbeidet med å oppsummere forskning på denne måten kan betraktes som “forskning på forskning”, og det vil derfor stilles samme krav som til forøvrig forskning til systematikk og stringens (Bjørk og Solhaug, 2008).

Litteraturstudien systematiserer kunnskap og funn fra skriftlige kilder. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som etterspørres, og vise hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015). Magnus og Bakketeig (2000), sitert i Thidemann (2015), sier at i denne sammenhengen betyr å systematisere å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og sammenfatte det hele til slutt. Litteraturstudien vil følge forskningsprosessen og besvare et forskningsspørsmål. Metoden er forhåndsdefinert og innebærer søk etter relevant litteratur, vurdering av litteraturen og kombinasjon av resultatene (Aveyard, 2014). Resultat fra en enkeltstudie vil ha begrenset gyldighet, men dersom man ser på flere studier i sammenheng kan en styrke kunnskapsgrunnlaget ved at flere sider av et fenomen belyses (Bjørk og Solhaug, 2008).

3.2 Metasyntese som metode

Metasyntese er en prosess der en kombinerer og oppsummerer allerede eksisterende litteratur (Aveyard, 2014). Light og Palmer (2008), sitert i Aveyard (2014), beskriver metasyntese som “the science of summing up”. Målet er å sammenfatte de forskjellige studiene og annen informasjon for å finne en ny mening fra summen av alle artiklene. På

denne måten kan en få en annen kunnskap enn om en ser på hver artikkel individuelt. Aveyard (2014) forteller at de metodene som er etablert for å sammenfatte data til en litteraturstudie vil ha begrensninger med tanke på å benytte de på bachelornivå. Dette fordi metodene krever et for høyt kunnskapsnivå hos forskeren om forskning. Derfor presenterer Aveyard (2014) en tilpasset og forenklet tematisk fremgangsmåte til bachelornivå:

Første steg er å oppsummere innholdet i artiklene, for så å presentere det i en artikkelmatrise for å gi et oversiktlig bilde på studiene. *Andre steg* er å identifisere temaer i hver enkelt studie. De komponeres basert på resultatene i studiene og navngis, og resultatene presenteres under hvert tema.

3.3 Kvalitativ metode

Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, motiver og holdninger. Den får fram flere nyanser. En utforsker dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og helhet. Datainnsamlingen foregår ofte ved intervjuer, observasjon og dokumentanalyse (Thidemann, 2015). Dybdeintervjuer er ofte benyttet, da det gjør det mulig med en grundig undersøkelse av emnet. Det er sjeldent tilfeldig valgte objekter, objektene er ofte inkludert i studien på bakgrunn av erfaring med forskningsspørsmålet studien skal undersøke. Kvalitativ metode og forskning brukes når forskningsspørsmålet er utforskende istedenfor noe som skal måles (Aveyard, 2014). Kjennetegn ved denne metoden er at den benytter dybdekunnskap. Det vil si at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

3.4 Kvantitativ metode

En kvantitativ metode er hensiktsmessig når en ønsker objektive data. Den kjennetegnes av breddekunnskap, noe som vil si at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015). Kvantitativ forskning bruker eksperimentelle metoder og/eller metoder som involverer bruk av tall (Aveyard, 2014). Data samles inn

ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer og systematiske og strukturerte observasjoner og eksperiment. Kvantitativ datainnsamlingsmetode er nødvendig for å få representative oversikter, fordelinger, frekvenser, årsak-virknings-forhold, for å teste ut hypoteser og teorier, vite hvordan flere forhold samvarierer, og for å foreta sammenligninger og finne tydelige mønstre. Metoden brukes når en vil ha svar på spørsmål som *Hvor mye...?*, *Hvor ofte...?* eller *mer effektivt enn...* (Thidemann, 2015).

3.5 Søk i databaser

Å utvikle en god søkestrategi er viktig for å få gjennomført et effektivt søkearbeid. Det handler om å bestemme gode søkeord og kombinasjoner av dem til søk i databasene (Thidemann, 2015). Bjørk og Solhaug (2008) sier at systematisk litteratursøk handler om å finne gode søkeord og kombinasjoner slik at en sitter igjen med et håndterbart antall relevante referanser. For å gjøre gode kombinasjoner må man vite hva de ulike brukes til. *OR* utvider søket ved å gi treff på alle artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. *AND* avgrenser søket ved å gi treff på artikler der begge søkeordene er med (Nortvedt *et al.*, 2012). Støren (2013) fremhever fordeler ved å benytte søkeord som databasene har i sitt emneordsystem. Emneordene beskriver innholdet i artiklene, derfor er det en fordel å benytte disse når en søker (Thidemann, 2015). Dette gir bedre kontroll over søket (Kilvik og Lamøy, 2005, sitert i Thidemann, 2015). I tabell 1 og 2 markeres emneord med “*”.

Søket vårt ble gjennomført i tidsrommet januar 2019 til april 2019. Databasene som ble brukt når vi skulle finne artikler var SveMed+ og Medline Ovid. Databasen Medline Ovid ble inkluderte da den er tilgjengelig via Helsebiblioteket, og beskrives som verdens største internasjonale database blant annet innen sykepleie. SveMed+ ble inkludert på bakgrunn av relevans for sykepleie (Nortvedt *et al.*, 2012). Vi brukte søkeordene “pain”, “pain management”, “pain measurement”, “postoperative pain”, “postoperative”, “hospitals”, “education”, “nursing”, “faculty”, “nursing”, “attitudes”, “beliefs”, “pain relief” og “orthopedics”. I tabell 1 og 2 presenterer vi søkene våre.

Tabell 1

Søk i MEDLINE (Ovid)	Kombinasjoner	Antall treff
1. Pain *	Kombinert med "AND": 1+2+3	250 083
2. Postoperativ		150
3. Hospitals		229 044
		2
4. Education, Nursing, Baccalaireate *	Kombinerte med "AND": 4+5+6+7	11 375
5. Faculty, Nursing *		5 977
6. Pain management		20 949
7. Pain measurement		72 981
		2

Tabell 2

Søk i SveMed+	Kombinasjoner	Antall treff
1. Post operative pain	Kombinerte med "AND": 1+2+3	155
2. Pain management		117
3. Attitudes		3 735
		7
4. Pain relief (avgrenset med reviewed + fulltekst)	Kombinerte med "AND": 1+5+7+8	29
5. Kombinerte "2 or 4"		142
6. Beliefs		1659
7. Kombinerte 3 "or" 6		11772
8. Orthopedics		749
		1
9. Sykepleier	Kombinerte med "AND": 9 + 10+11	4631
10. Arbeidsmiljø		489
11. Stress		2918
		1

3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør en søket og avgrenser mengden litteratur. Dette gjør søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2015). Inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt i oppgaven er presentert i tabell 3.

Tabell 3

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Postoperativ smerte i sykehus• Land som kan sammenlignes med Norge• Deltagere i studien er >18 år• Artikler med IMRaD struktur• Fagfellevurderte artikler• Artikler fra de siste 8 år (>2011)	<ul style="list-style-type: none">• Kreftdiagnoser• Personer med kognitiv svikt• Pasienter med dårlig kommunikasjonsevne/språk• Artikler eldre enn 8 år (<2011)• Deltagere i studien er <18 år

4.0 Resultater

Her presenteres funnene fra de seks forskningsartiklene som utgjør resultatet i dette litteraturstudiet. Artiklene presenteres først i en artikkelmatrise nedenfor, deretter tematisk under følgende overskrifter: Kunnskap og erfaring, stress og arbeidsmiljø, kartlegging av smerte, og kommunikasjon og holdninger. Vi velger kun å presentere resultater vi anser som relevante for vår problemstilling.

Tabell 4

Forfattere, Tittel på artikkel og tidsskrift:	Hensikt/forskningsspørsmål:	Metode:	Resultat/diskusjon:
Rognstad <i>et al.</i> (2012) «Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards» <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>	Målet var å finne ut av holdninger, tro og selvrapportert kompetanse for leger og sykepleiere på kirurgiske avdeling.	Kvantitativ studie. Totalt 128 leger og 407 sykepleiere ble inkludert av totalt 795 inviterte fra 5 Norske sykehus. Spørsmålene med spørreskjema er delt i 57 deler i tre tema: utdanning/ erfaring, holdninger om smertelindring og selvrapportert kunnskap om smertelindring.	Leger og sykepleiere beskrev seg selv som kompetente til å behandle smerte og de vurderte at pasientene var fornøyd med smertelindringen. Respondentene var derimot ikke fornøyd med oppdateringene angående smertebehandling.
Sjøveian A.K.H. og Leegaard M. (2015) «Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi» <i>Sykepleien</i>	Beskrive hvordan pasientene erfarer å medvirke i postoperativ smertebehandling.	Kvalitativ studie bestående av ti semistrukturerte intervju. Pasientene hadde gjennomgått kne- eller hoft- protesekirurgi. Studien ble gjennomført tredje postoperative dag sykehus i Norge.	Resultater som kommer frem i studien viser at flere av pasientene ikke var optimalt smertelindret under mobilisering. Deltakerne hadde ulike forståelser og handlingsmønstre innenfor rapportering av smerter. Pasientene rapporterte også ulike og uklare rutiner for bruk av kartleggingsverktøy hos sykepleierne.
Sjøveian A.K.H. og Leegaard M. (2012) «Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling» <i>Sykepleien</i>	Kartlegge hvordan sykepleier samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandlingen for å sikre god smertelindring i den postoperative fasen.	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer. Gjennomfør med 5 ortopedisk sengepost i Norge. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak, og kontrollert i to omganger i nedskrivning prosessen.	Mange pasienter opplever sterke smerter ved mobilisering. Sykepleierne er usikre på om pasientene har tilstrekkelig kunnskap og om de får tilstrekkelig informasjon om NRS som smertekartleggingsverktøy. Viktigheten av å informere før operasjon og underveis i behandlingsforløpet om NRS som kartleggingsverktøy.

<p>Voshall, B., Dunn, K. S. og Shelestak, D. (2013)</p> <p>«Knowledge and Attitudes of Pain Management Among Nursing Faculty»</p> <p><i>Pain Management Nursing</i></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleiefaglig kunnskap om smertebehandling og undersøke forholdet mellom alder, utdanningsnivå, forberedelse på smertebehandling, tid som praktiserende sykepleier, lengde som undervisende sykepleier, tid brukt på smertelindring i klasserommet, lærte smerteveiledning i klasserommet og ekstra undervisning om emnet.</p>	<p>Studien er av beskrivende korrelasjonsdesign der 96 lærere på sykepleielinjen på 16 skoler i Midt-vestlige USA ble inkludert. Data ble innsamlet ved at deltakerne ble bedt om å svare på spørreskjema med fastsatte spørsmål.</p>	<p>Studien viser at de fleste lærerne husket at de hadde fått undervisning om smertebehandling i grunnutdanningen, men under halvparten oppga at de brukte spesielle retningslinjer for smertelindring.</p>
<p>Fredheim <i>et al.</i> (2011)</p> <p>«Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus»</p> <p><i>Den Norske Lægeforening</i></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke i hvor stor grad postoperativ smerte kartlegges systematisk, og hvilken behandling som gis for postoperativ smerte i norske sykehus. De ønsket også å besvare prevalensen av postoperativ smerte med intensitet ≥ 4 på en 11-punkts numerisk skala første postoperative døgn.</p>	<p>Kvantitativ studie med 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 norske sykehus. Data ble innhentet fra pasientjournaler, kurver og pasientenes egenrapporteringer. Pasientenes egenrapporteringer omfattet 15 spørsmål.</p>	<p>Studien viser at mange pasienter er fornøyde med smertebehandlingen, men at behandlingen i norske sykehus likevel ikke er tilfredsstillende. Funnene i studien viser følgende forbedringsmuligheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedre utnyttelse av effekten av NSAID-preparater og steroider. - Bedre epiduralanalgesi. - Bedre kartlegging og dokumentasjon av smerte. - Bedre preoperativ informasjon om postoperativ smerte og mulige risikoer.
<p>GrønkJær, L.L. (2013)</p> <p>«Nurses´experience of stress and burnout: a literature review»</p> <p><i>Idunn, klinisk sygepleje</i></p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere kunnskap om hvordan stress og utmattelse påvirker sykepleiere.</p>	<p>Kvalitativ litteraturstudie fra Norge basert på funn fra 12 studier som har undersøkt sykepleieres meninger og oppfatninger på deres daglige arbeid og følelse av stress og utmattelse.</p>	<p>Studien viser at sykepleierne følte et stort ansvar for pasienter, kollegaer og ledelsen. På grunn av stress og utmattelse var sykepleierne ute av stand til å utføre oppgavene som var forventet. Dette blir underlagt 6 temaer: ønske om å utføre ideell sykepleie, selvpålagte krav, opplevelsen av atferds symptomer, opplevelsen av fysiske symptomer, opplevelsen av psykiske symptomer og å oppleve et mentalt sammenbrudd.</p>

4.1 Kunnskap og erfaring

I studien til Rognstad *et al.* (2012) vurderer så mange som 69% av sykepleiere og leger seg selv som kompetente eller svært kompetente til å vurdere ulike typer smerter. Sykepleierne vurderer at de har stor kunnskap, men 80% av pasientene rapporterer moderate eller alvorlige postoperative smerter. Sykepleiere rapporterer også at 86% av pasientene ofte eller svært ofte er fornøyde med smertelindringen, noe som kan tyde på at helsepersonell undervurderer pasientenes smerter. For å sikre kunnskap blir det utviklet årlige oppdateringer, men kun 20% av respondentene i studien var fornøyde med disse oppdateringene (Rognstad *et al.*, 2012). Forskning viser at flere sykepleiere har manglende kunnskaper om konsekvensene av inadekvat smertebehandling (Sjøveian og Leegaard, 2012).

Rognstad *et al.* (2012) viser til at sykepleiere som fikk opplæring angående smertebehandling scoret betydelig høyere på kunnskap og holdninger enn de som ikke hadde deltatt på opplæringen. Målet er å hindre kunnskapssvikt i smertebehandling og avdekke mulige upassende holdninger for å forbedre smertelindringen. Både tid, holdninger og tro blant pasienter og sykepleiere er faktorer som kan hemme god postoperativ smertebehandling. Sykepleierne i studien hadde et ønske om å etablere en kontaktperson for smerte på avdelingen (Rognstad *et al.*, 2012).

Voshall, Dunn og Shelestak (2013) forteller at behandling av postoperativ smerte er et stort problem for pasienter på sykehus. Dette ser de i sammenheng med mangel på undervisning om smertebehandling i sykepleierutdanningen. 72% av deltakerne i studien husket å ha lært om smertebehandling, men mindre enn halvparten følte seg godt nok forberedt og opplært på temaet. En betydelig positiv sammenheng ble funnet mellom alder på sykepleierne og tilleggsutdanning eller kurs innen smertebehandling. Unge lærere husket at de lærte om smertebehandling på skolen og følte seg mer forberedt enn de eldre. Lærerne som hadde lengre tid som praktiserende sykepleiere jobbet også lengre som lærere. De hadde også mer kunnskap og videreutdanning om smertelindring enn lærere som har praktisert yrket i mindre grad. Bachelorstudenter opplevde at lærerne hadde kunnskaper om smertelindring, men at mengden

undervisning om temaet varierte fra studieplan til studieplan. Informasjon ikke ble kommunisert bra nok under studiene fordi lærere og studenter ofte tar med egne holdninger om smertelindring inn i pleien av pasienter med smerter. (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013).

4.2 Stress og arbeidsmiljø

I studien til Voshall, Dunn og Shelestak (2013) kommer det frem at det er viktig å evaluere påvirkningen arbeidsmiljøet har for sykepleieres kunnskap om smertelindring. Mer erfarne sykepleiere visste mer om emnet. Økt internundervisning og kurs på arbeidsplassen bedret kunnskapen til sykepleiere generelt. Grunner for at sykepleiere ikke administrerer nok smertestillende ble sagt å være blant annet dårlig tid på grunn av dårlig eller redusert bemanning (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013).

Grønkjær (2013) skriver at sykepleieprofesjonen gjennomgår flere forandringer. Organisatoriske og læringsmessige forandringer skjer hyppig, noe som påvirker sykepleierens arbeidsforhold. Sykepleierne i studien følte at de måtte være fleksible og godta nye situasjoner. Stress og utmattelse blant sykepleierne er en konsekvens av dette. Sykepleierne følte et ansvar for å få alt til å fungere, og på grunn av dette utviklet selvpålagte krav. Selvpålagte krav førte til stress og utbrenthet hos sykepleierne. Sykepleierne følte at de ikke klarte å leve opp til kravene eller deres ansvar for pasienter, egne familier, kollegaer og seg selv. Jobben krever mye energi noe sykepleierne var klar over. For å kompensere for den utfordrende arbeidssituasjonen kom sykepleierne tidligere på morgenen, lot være å ha lunsj og jobbet lengre på ettermiddagene. Dårlig samvittighet og følelsen av å ikke gi tilstrekkelig hjelp er noe som blir uthevet blant sykepleierne (Grønkjær, 2013).

Sykepleierne i studien til Grønkjær (2013) hadde problemer med å balansere alle kravene de hadde. De stod mellom å ville gjøre mer enn de hadde mulighet til, og å kunne gi god og ideell sykepleie. Sykepleierne ønsket å kunne være fornøyde med hva de hadde oppnådd, men dette var ikke realiteten. I stedet fokuserte de på utilstrekkeligheten og mangel på tid med pasientene. De følte at de ikke klarte å leve opp til det ansvaret de har for å gi ideell sykepleie. Fire studier viste fysiske symptomer på

stress. Sykepleierne opplevde hodepine, smerter i magen, oppkast ofte i kombinasjon med smerter i muskler og nakke, feber og infeksjoner. Sykepleierne forsøkte å ignorere disse symptomene noe som ofte gjorde at symptomene vokste. Til slutt utviklet noen sykepleiere høyt blodtrykk, pusteproblemer, hjertebank og høyt blodsukker. I to av studiene hadde sykepleierne både et mentalt og et fysisk sammenbrudd. Flere av sykepleierne utviklet langvarige lidelser på grunn av stress og utbrenthet (Grønkjær, 2013).

Mange av sykepleierne opplevde søvnevansker og de forklarte hvordan de ikke klarte å koble av. De beskrev en økende mengde av atferdsmessige symptomer og emosjonelt stress. Sykepleierne opplevde forandringer ved personligheten sin og et fravær av positive følelser. Noen sykepleiere forklarte at de mistet all energien og på grunn av dette klarte de ikke å utføre sykepleie av høy kvalitet. I tre studier beskrev sykepleiere en forverret kognitiv funksjon som gikk ut på dårligere hukommelse, konsentrasjon og beslutningsevne (Grønkjær, 2013).

I studien til Grønkjær (2013) blir ideell sykepleie beskrevet som å møte alle pasientenes behov, både fysisk og psykisk. Det konstateres at det er viktig å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient, til tross for at flere barrierer hindrer dette. Barrierer kan være mangel på personell, mangel på tid og ulike krav til sykepleier. Studien beskriver at sykepleiere blir frustrerte over stresset som følger jobben, og over hvilke konsekvenser dette kan ha for pasientene. På grunn av stress synes sykepleierne det er vanskelig å involvere seg i en sykepleier og pasient relasjon. Dette fører til at sykepleier ikke får gitt en helhetlig omsorg og at de føler de mister kontrollen over situasjonen. Når kollegaer stod i de samme stressituasjonene synes sykepleierne at det var vanskelig å støtte hverandre. Samtidig følte de på mangel på støtte fra ledere, andre profesjonelle og samfunnet da de opplevde stress og utbrenthet. Noen sykepleiere fortalte at de plutselig kunne føle sinne overfor pasientene, og miste besinnelsen. Dette er faktorer som viser hvordan sykepleierens stress på jobb utviklet seg til utbrenthet (Grønkjær, 2013).

4.3 Kartlegging av smerte

I studien til Fredheim *et al.* (2011) som inkluderer 215 pasienter, kommer det frem at bare halvparten av alle pasientene som deltok var blitt bedt om å angi smerteintensitet på en skala. Det viste seg at de fleste deltakerne kun ble spurt om de hadde behov for ekstra smertestillende og om de hadde effekt av smertestillende de fikk. Systematisk registrering av smerteintensitet ble dokumentert i journal eller kurve, men kun hos en femdel av pasientene som deltok. Denne studien viser derfor et stort forbedringspotensiale når det gjelder kartlegging og dokumentasjon av smerte. Dersom dette ikke blir gjort godt nok, risikerer vi at mange pasienter ligger med vedvarende sterke smerter som både kan forhindre mobilisering og øke faren for komplikasjoner (Fredheim *et al.*, 2011).

I studien fra Sjøveian og Leegaard (2015) rapporterer pasientene uklare retningslinjer for bruk av smertekartleggingsverktøy. Det er nødvendig at helsepersonell tar i bruk smertekartleggingsverktøy for å sikre at informasjon om smerte blir rapportert og behandlet. Flere av pasientene rapporterte at NRS-skalaen kun ble brukt ved behovsmedisiner. Pasientene har ulike holdninger når det gjelder smerte og mange er beskjedne med å rapportere, dermed er det viktig å benytte skalaen for å følge med på hvordan smertene utvikler seg. Kartleggingsverktøy skal sikre at ulike sykepleiere får mer like vurderinger av pasientenes smerter (Sjøveian og Leegaard, 2015). Sykepleierne i studien til Sjøveian og Leegaard (2012) erfarte at smertelindring var vanskelig, siden pasientene ikke rapporterte smerter. Spesielt pasientene over 65 år var tilbakeholdne. Til tross for at flere av pasientene tydelig var smertepåvirket, men tilbakeholdne med smerterapportering, måtte sykepleier ofte tilby smertelindring. Sykepleierne gjennomførte dessuten kun NRS-målinger ved behovsmedisiner, og ikke ved faste ordinasjoner eller tidspunkter. Studien viste også at flere av pasientene godtok det sykepleier bestemte ved å uttrykke at de ville ta det sykepleier kom med av smertelindring (Sjøveian og Leegaard, 2012).

Voshall, Dunn og Shelestak (2013) identifiserer barrierer for adekvat smertelindring. Grunner til at sykepleiere ikke ga nok smertestillende inkluderte inadekvat vurdering av

smertenivåene til pasientene. Sykepleiere brukte ofte sin egen vurdering av smertene fra nonverbale tegn, og ba ikke om selvrapporing fra pasienten. 66,7% av sykepleierne ga opioider selv om årsaken til pasientens smerter var ukjent. 29,2% visste hva korrekt dose morfin var til en postoperativ pasient som oppga NRS på 8 og smilte, samtidig visste 45,1% korrekt dose til pasient i samme situasjon, men med grimaser (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013). Funn i studien til Rognstad *et al.* (2012) viser at så mange som 40% av sykepleierne ikke registrerte smerte i hvile eller under aktivitet. 25% av helsepersonell vurderte heller ikke effekten av gitte smertestillende midler. 60% av sykepleierne rapporterte at pasientene ofte eller svært ofte ba om smertestillende. Dette kan indikere at pasientene får god informasjon om deres ansvar for å be om smertestillende, men også at vurderingen av pasientens smerter ikke var god nok (Rognstad *et al.*, 2012).

4.4 Kommunikasjon og holdninger

I studien til Fredheim *et al.*, (2011) beskrives prevalensen og alvorlighetsgraden av kroniske postoperative smerter som varierende, og at informasjonen om risiko for kroniske smerter derfor bør vurderes ut i fra hvor sterk indikasjonen er for inngrepet. Informasjonen må også tilpasses den enkelte pasient. Av de 215 pasientene som deltok i studien, rapporterte litt over halvparten at de før operasjonen hadde fått informasjon om postoperative smerter og smertebehandling. Kun et lite mindretall av pasientene anga å ha mottatt informasjon om risikoen for utvikling av kroniske postoperative smerter, noe studien beskriver som bemerkelsesverdig. Dette indikerer at mange pasienter egentlig mangler vesentlig informasjon for å samtykke til operasjon. Studien konkluderer derfor med at preoperativ informasjon har et forbedringspotensiale (Fredheim *et al.*, 2011).

I studien til Sjøveian og Leegaard (2015) rapporterte pasientene ulike handlingsmønstre ved rapportering av smerter. Pasientene var klar over ansvaret for rapportering, men var tilbakeholdne fordi de ikke ønsket å mase, håpet smertene skulle gå over eller sa kun ifra når de virkelig trengte smertelindring. Pasientene godtok ofte smerter fordi de trodde det ville bli bedre| eller fordi sykepleieren "vet best". Pasientene har ulike

forventninger og grenser for hvor mye smerter de tolerer. Studien viser at flere av pasientene erfarer smerte, kvalme og svimmelhet under den postoperative fasen. Enkelte av pasientene trodde ikke de kunne få smertestillende utover de faste ordinasjonene, men 90% av pasientene fremhevet viktigheten av preoperativ informasjon om antatte smerter, smertebehandling og smertekartleggingsverktøy. Sterke smerter førte i flere situasjoner i studien til forsinket mobilisering, som muligens kunne vært forhindre ved god informasjon (Sjøveian og Leegaard, 2015).

I studien til Sjøveian og Leegaard (2012) er sykepleiere usikre på om pasientene har nok kunnskap om bruk av NRS som smertekartleggingsverktøy. I studien var flere av sykepleierne enige i viktigheten av å stadig forklare NRS-skalaen og definere hva tallene innebar. Resultater i artikkelen viser at preoperativ kunnskap hos pasientene fremmer mobilisering og tilfredsstillende smertelindring. Preoperativ informasjon er viktig for å forklare bruk av smertekartleggingsverktøy for å få spesifikke vurderinger fra pasienten. Formålet med å øke den preoperative kunnskapen om smertebehandlingen er å styrke samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Sjøveian og Leegaard, 2012). Studien til Rognstad *et al.* (2012) viste at pasientene deltok aktivt i den fysiske mobiliseringen, men at pasientmedvirkningen var uklar angående avgjørelser knyttet til smertebehandlingen.

Voshall, Dunn og Shelestak (2013) kom frem til at vurderingen av smertene vil gå ut på sykepleierens evne til å gjenkjenne smerter og kommunisere med pasientene om hans smerter. Å behandle smerte er et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Sjøveian og Leegaard (2012) viser at effektiv smertebehandling kan forhindres av oppfatning, holdninger og strukturering av arbeidsmiljø. Resultater i studien viser også at tett tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell har stor betydning for smertelindringen. Pasientene rapporterte ofte sterke smerter under mobilisering til fysioterapeut, noe som ikke samsvarte med sykepleiernes kartlegging. Sykepleier hadde dårlige rutiner for å gi smertelindring (Sjøveian og Leegaard, 2012).

5.0 Diskusjon

5.1 Kunnskap og erfaring

Studier viser at sykepleiere mangler grunnleggende ferdigheter og kunnskap for å kartlegge smerter og for å administrere smertebehandling (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I studien til Rognstad *et al.* (2012) beskrev over halvparten av sykepleierne seg som kompetente eller svært kompetente i behandling av nociseptive smerter, og av den totale smerteopplevelsen til pasienten. Samtidig rapporterer 30-50 % av pasientene uakseptable smerter i den postoperative fasen. En kan derfor hevde at selv om sykepleier har kunnskap om smerter og smertelindring, er ikke smertelindringen alltid tilfredsstillende for pasienten (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Som sykepleier møter en ulike og sammensatte utfordringer, vurdering og handling i praksis forutsetter et mangfold av kunnskaper. Det anbefales at vitenskapelig kunnskap skal være grunnlag for praksisutøvelse (Thomassen, 2006). Selv om sykepleierne i studien til Rognstad *et al.* (2012) beskrev seg selv som kompetente, var de ikke fornøyde med internundervisningen om smertelindring på avdelingen. Annen forskning viser også at flere sykepleiere har manglende kunnskap om konsekvensene av inadekvat smertelindring (Sjøveian og Leegaard, 2012). 57 % av sykepleierne i studien til Rognstad *et al.* (2012) var interesserte i å gi pasientene bedre behandling. Samtidig viser resultatene i studien at det er behov for mer oppdatering av fagkunnskap om moderne smertelindring på avdelingene.

Jamfør §4 i helsepersonelloven (1999) er det krav til faglig forsvarlighet fra autorisert og kunnskapsrikt personale. Rognstad *et al.* (2012) fant behov for å bedre grunnutdanningen og å øke fokus på smertebehandling på kirurgisk avdeling. Det er mulig at nyutdannede kan oppleve "praksissjokket". Studenter kan føle på utilstrekkelig handlingskompetanse da de ikke ser hvordan den teoretiske kunnskapen kan anvendes i praksis (Thomassen, 2006). Dermed er formålet med å øke kompetansen å hindre kunnskapssvikt i smertebehandling og bedre smertelindringen (Rognstad *et al.*, 2012).

Bachelorstudenter i studien til Voshall, Dunn og Shelestak (2013) opplevde at lærerne på fakultetet hadde kunnskap om smertelindring, men at mengden undervisning om temaet varierte stort. Studentene mente at hverken timer brukt på temaet eller innholdet var tilfredsstillende. Dette samsvarer med mye av det som beskrives i studieplanen til NTNU, der mesteparten av kunnskap om temaet erfares gjennom praksisstudier. En kan dermed hevde at sykepleiers kunnskaper om smertebehandling er svært individuell (NTNU, u.å.).

5.2 Stress og arbeidsmiljø

Stress og dårlige arbeidsforhold har en rekke innvirkende faktorer på sykepleiere. De blir slitne, får dårligere hukommelse og konsentrasjon, og evnen til å ta beslutninger blir påvirket. Dette kan medføre at pasientene ikke får den hjelpen av kvalitet de har krav på, i tillegg til at det potensielt kan være farlig (Grønkjær, 2013). Med grunnlag i dette kan en hevde at det blir større rom for å gjøre feil ved smertelindring under påvirkning av stress. For å kunne gi tilfredsstillende smertelindring har sykepleieren et ansvar for å samle inn data, observere, kartlegge og vurdere pasientens smerter (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Kunnskap er dessuten viktig for at sykepleieren i en hektisk hverdag raskere kan oppfatte hvilket behov pasienten har. En kan sette spørsmål ved om dette er noe sykepleieren har kapasitet til å utføre da arbeidsdagen preges av stress, utbrenthet og manglende bemanning (Grønkjær, 2013).

Forskning viser at sykepleiere ikke klarer å gi tilstrekkelig tid til pasientene på grunn av overbelastning (Grønkjær, 2013). Dette gjenspeiler seg også i erfaringer fra egen praksis på kirurgisk avdeling. Sykepleierne på avdelingen hadde svært mye å gjøre noe som resulterte i at de fikk lite tid med hver og enkelt pasient. I følge Danielsen, Berntzen og Almås (2016) er dessuten sykepleiers manglende oppmerksomhet for pasientenes tegn til smerte en av grunnene som fører til utilstrekkelig smertelindring. Sett i et slikt lys er det rimelig å hevde at dersom sykepleier ikke får utført en fullstendig smertekartlegging står pasienten i fare for å ikke få den smertelindringen han har behov for.

Forskning viser at på grunn av et stressende arbeidsmiljø klarer ikke sykepleiere å engasjere seg i å danne en relasjon til pasientene (Grønkjær, 2013). Å danne en relasjon bygget på tillit og kommunikasjon er en forutsetning for å kunne gi god smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Samtidig skriver Travelbee (2001) at denne relasjonen er et viktig hjelpemiddel som gjør det mulig for å sykepleier å hjelpe et individ. Når sykepleierne derimot ikke klarer dette føler de at de mister kontrollen over situasjonen og at de ikke får gitt pleie av kvalitet (Grønkjær, 2013). Det kan være at god smertekartlegging og smertelindring forhindres dersom tilliten og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er utilfredsstillende.

Det er rimelig å nevne at stress og dårlig tid kan føre til at viktig informasjon ikke skrives i journalen. En kan tenke seg til at dårlig informasjon eller dårlig journalføring kan medføre alvorlige konsekvenser som for eksempel dobbel- eller feilmedisinering. I følge helsepersonelloven (1999) har helsepersonell plikt til å registrere relevante og nødvendige opplysninger i pasientens journal. Sykepleier har en plikt til å dokumentere, men det er ikke nødvendigvis tid og mulighet til å alltid dokumentere, som kan føre til at dokumentasjonsplikten blir glemt.

5.3 Kartlegging av smerte

Kartlegging av smerter er en viktig sykepleieoppgave, og er avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dersom det ikke forekommer en systematisk kartlegging risikerer vi at mange pasienter ligger med sterke smerter over lengre tid. Dette kan forhindre mobilisering og øke faren for komplikasjoner, noe som er uheldig (Fredheim *et al.*, 2011). Siden smerte er en subjektiv opplevelse, vil den mest optimale smertekartleggingen oppnås når pasienten er i stand til å rapportere sine smerter på egenhånd (Torvik *et al.*, 2014). Dette er imidlertid ikke alltid tilfellet, og det kan bli behov for hjelpemidler. Alt fra spørreskjemaer til enkle skalaer kan være nyttige (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Det er rimelig å si at viktigheten av en grundig kartlegging av pasientens smerter er stor, men hvor ofte blir det egentlig gjort?

Det hevdes at sykepleiere er for dårlige både til å forstå betydningen av og ta i bruk systematiske hjelpemidler for å kartlegge pasientenes smerter (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Forskning viser uklare retningslinjer og ulike handlingsmønstre for bruk av kartleggingsverktøy. I Sjøveian og Leegaard (2012; 2015) rapporteres det om større bruk av kartleggingsverktøy ved behovsmedisin, og mindre ved faste ordinasjoner og tidspunkter. Det hevdes imidlertid at sykepleiere ofte bruker sin egen vurdering av smerter fra nonverbale tegn (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013), i tillegg til at de spør pasienten om de har behov for ekstra smertestillende, og om de har effekt av det de allerede har fått (Fredheim *et al.*, 2011). Likevel er flere pasienter beskjedne med å rapportere smerter, noe som kan gjøre prosessen med smertelindring vanskelig for sykepleier (Sjøveian og Leegaard, 2012). Det er derfor nødvendig at sykepleier tar i bruk kartleggingsverktøy for å sikre at informasjon om smerte blir rapportert og behandlet (Sjøveian og Leegaard, 2015).

Dersom sykepleiere ikke er gode nok til å bruke kartleggingsverktøy kan det bli en stor utfordring å få til en nøyaktig evaluering av pasientens smerter i behandlingsprosessen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Det kan også føre til at ulike sykepleiere gjør ulike vurderinger, noe som kan hindre god kvalitet på den postoperative smertelindringen (Sjøveian og Leegaard, 2015; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Pasienten bør derfor gis anledning til å beskrive sine smerter detaljert, og sammen med sykepleier sette et felles mål for behandlingen (Sjøveian og Leegaard, 2015). En kan hevde at en god kartlegging av smerter vil være med på å bevisstgjøre pasienten på hvilke forhold som faktisk lindrer smertene og hva som forsterker dem (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dersom det ikke forekommer en hensiktsmessig vurdering av smertene til pasienten vil dette kunne føre til at sykepleier ikke gir tilstrekkelig smertelindring (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013).

I følge Danielsen, Berntzen og Almås (2016) vil en fullstendig og presis kartlegging av pasientens smerter danne et grunnlag for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og tilpasset behandling. Likevel hevdes det at iverksetting og daglig bruk av kartleggingsverktøy kan møte motstand hos noen sykepleiere. De er redde for at det

individuelle perspektivet i omsorgen blir borte og at kartleggingen vil kreve for mye tid (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dette gjenspeiler seg i egne erfaringer fra oppvåkningsavdeling. Flere av sykepleierne var svært skeptiske til bruk av blant annet observasjonskurve, da de følte dette tok fokuset vekk fra omsorgen og det kliniske blikket, i tillegg til at det var tidkrevende.

5.4 Kommunikasjon og holdninger

En god relasjon mellom sykepleier og pasient styrkes av god kommunikasjon som bygger på tillit og empati (Travelbee, 2001). Gjensidig tillit er en forutsetning for god smertelindring. Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, samtidig som pasienten må stole på at sykepleier ønsker å hjelpe. Sykepleier har et stort ansvar for å lindre pasientens smerte ved hjelp av datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016), samtidig som pasienten har et egenansvar for å rapportere smerte (Sjøveian og Leegaard, 2015). På den ene siden er pasienter klar over dette ansvaret og deltar aktivt i forebygging og behandling av smerte. På den andre siden har vi pasienter som er noe mer tilbakeholdne, som håper at smertene skal gå over av seg selv og ikke ønsker "å mase" (Sjøveian og Leegaard, 2015). En kan hevde at pasientens ansvar for smerterapportering gir en viss kontroll, men det avhenger imidlertid av at pasienten vet hva som er et akseptabelt smertenivå og når de kan melde fra. Pasientene er avhengige av fullstendig informasjon preoperativt om viktigheten av smerterapportering, slik at de evner å ta avgjørelser og valg postoperativt på bakgrunn av denne kunnskapen (Sjøveian og Leegaard, 2012). Det er også viktig med preoperativ informasjon slik at pasientene er klar over mulige risikoer, og hva som inngår i postoperative smerter og smertebehandling (Fredheim *et al.*, 2011).

Selv om lovverket og de yrkesetiske retningslinjene presiserer retten til informasjon for å sikre forståelse (Norsk Sykepleierforbund, u.å.; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), rapporterte kun halvparten av 215 pasienter at de fikk informasjon om postoperative smerter og smertebehandling i forkant av operasjon (Fredheim *et al.*, 2011). Grønkjær (2013) sier at ideell sykepleie er å møte alle pasientens behov, og at en god relasjon mellom partene er viktig. Å behandle smerter er et samarbeid mellom

sykepleier og pasient (Voshall, Dunn og Shelestak, 2013). Samhandlingen mellom sykepleier og pasient kan styrkes ved informasjon, noe som er viktig i vurderingen av smertebehandling (Sjøveian og Leegaard, 2012). Det er mulig at enkelte av pasientene ikke visste de kunne få smertestillende utover faste ordinasjoner, og sett i lyset av god smertelindring kan dette være problematisk. Det kan derfor hevdes at det er behov for å bedre kommunikasjonen, da pasientene har sin egen oppfatning og forståelse av smertekartleggingsverktøy (Sjøveian og Leegaard, 2015). Fredheim *et al.* (2011) konkluderer med at preoperativ informasjon har forbedringspotensiale, samtidig som 90 % av pasientene i studien til Sjøveian og Leegaard (2015) fremhever viktigheten av preoperativ informasjon om smerter, smertelindring og kartleggingsverktøy.

Sykepleiers egne holdninger og erfaringer kan påvirke smertebehandlingen og føre til at informasjon ikke kommuniseres godt nok. Med andre ord kan sykepleiers tidligere erfaringer og forventninger virke inn på det sykepleieren oppfatter som "normal" smerteadferd og dermed påvirke smertevurderingen. Samtidig som sykepleiers erfaring er viktig for smertebehandlingen, har også pasientens væremåte en stor innvirkning på vurderingen av smerte (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016; Voshall, Dunn og Shelestak, 2013). Selv om sykepleieren har egne erfaringer og holdninger til smerter er det viktig at pasientenes meninger blir ivaretatt. I studien til Rognstad *et al.* (2012) kommer det frem at pasientene ikke deltok aktivt i avgjørelser knyttet til smertebehandling. Til tross for dette har de i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rett til å medvirke i utformingen og valget mellom tilgjengelige behandlingsmuligheter. Det kan virke som at det er vanskelig å opprettholde pasientmedvirkningen ved smertelindring. Likevel kan det hevdes at pasientmedvirkningen er viktig for å gjennomføre en god smertekartlegging (Rognstad *et al.*, 2012).

Dersom pasienten har smerter som overstiger forventningene til sykepleieren kan det vurderes som overdramatisering. Siden smerter er subjektivt er dette vanskelig å vurdere, og kan føre til at sykepleier tviler på om pasienten har sterke smerter (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Travelbee (2001) fremhever at alle mennesker er forskjellige og har ulike reaksjoner på smerter. Dermed er det sentralt å være åpen og lytte til pasientens meninger. Kan det være slik at enkelte pasienter unnlater å

rapportere smerter? Pasienten er avhengig av sykepleieren, noe som fører til et maktforhold med en stor sårbarhet som kan påvirke kommunikasjonen, behandlingsmuligheter og pasientmedvirkningen. Det profesjonelle forholdet mellom pasient og sykepleier er ofte ubalansert på grunn av pasientens avhengighet av den andre partens kunnskaper og erfaringer (Brinchmann, 2016). Sett i et slikt lys kan maktforholdet medføre at pasienten utelater viktig informasjon. Likevel bør behandlingen av smerter være et samarbeid mellom sykepleier og pasient (Rognstad *et al.*, 2012).

5.5 Metodiske overveielser

I følge Nortvedt *et al.* (2012) er kvalitativ metode best egnet til å belyse kjernesporsmål, som hvordan noe oppleves, og gir kunnskap om erfaringer og holdninger. Forskerne vil ikke ilegge forskningsdataene sine egne, forutinntatte oppfatninger. De koder dataene ut fra hvilke konsepter som oppstår under analysen (Nortvedt *et al.*, 2012). Kvantitative studier gir mer generaliserbare data med oppfatningen til relativt mange sykepleiere og pasienter. Resultatartiklene i denne studien bygger på både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette er gunstig for å belyse flere sider ved temaet, både hva sykepleiere tenker og mer statistiske resultater. Kvalitative studier kan brukes til å utdype funn i kvantitative studier (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Forskning som inkluderer mennesker skal ifølge Helsinkideklarasjonen innhente frivillig, informert samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2013). Dette er gjort i de fem enkeltstudiene vi inkluderer (Fredheim *et al.*, 2011; Rognstad *et al.*, 2012; Sjøveian og Leegaard, 2012; Voshall, Dunn og Shelestak, 2013; Sjøveian og Leegaard, 2015). Det anbefales å følge Helsinkideklarasjonen når en utfører forskning som omhandler mennesker. Deklarasjonen er utviklet for å overholde etiske prinsipper innen medisinsk forskning som inkluderer mennesker (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2013).

I følge Helsinkideklarasjonen skal forskning godkjennes av etiske komiteer (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2013). Fredheim *et al.* (2011) sin studie som er utført i Norge, er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst). Alle de inkluderte studiene er godkjent av tilsvarende etiske komiteer (Rognstad *et al.*, 2012; Sjøveian og Leegaard, 2012; Voshall, Dunn og Shelestak, 2013; Sjøveian og Leegaard, 2015).

Tre av artiklene er skrevet på engelsk, vi har oversatt disse ved hjelp av google translate eller andre elektroniske ordbøker (Rognstad *et al.*, 2012; Grønkjær, 2013; Voshall, Dunn og Shelestak, 2013). Det bør tas hensyn til at oversettelsen kan gi rom for feiltolkning. Studiene i resultatet er gjennomført i Norge og USA. Dette ser vi som positivt da vi mener det er overførbart til norsk sykepleiepraksis. Alle fagbøkene benyttet i litteraturstudien er skrevet på eller oversatt til norsk, unntatt en. Ved å inkludere flere forskningsartikler i studien ville resultatene blitt mer generaliserbare. Ytre begrensning i denne oppgaven er 8 artikler, og vi mener at fler enn to artikler til måtte inkluderes for å ha fått et større sammenligningsgrunnlag. Derfor har vi fokusert på kvalitet og relevans på artiklene fremfor kvantitet på forskningen.

6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien ble det presentert fire hovedtema. Vi var nysgjerrige på hvordan de diskuterte faktorer kunne påvirke sykepleiers vurderinger i postoperativ smertelindringsprosess. Viktige hovedfunn i litteraturstudien synliggjorde at det er mange faktorer som påvirker sykepleiers vurderinger og som gjør smertelindringsprosessen sårbar.

Sykepleier har kunnskap og erfaring med smertelindring, men det betyr ikke alltid at pasientene er tilfredsstillende smertestilt. Det viser seg at mange sykepleiere ikke er fornøyde med oppdateringen de får av fagkunnskap på arbeidsplassen, og med det som inngår om temaet i grunnutdanningen. Det kommer frem at kunnskapsnivået om smertelindring generelt hos sykepleiere varierer stort. Derfor har sykepleiere også forskjellig vurderingsgrunnlag ut i fra kunnskapen til den enkelte.

Stress og andre faktorer som dårlig bemanning og lite tid har en negativ innvirkning på sykepleiere. Sykepleiere får dårligere evne til å ta beslutninger, de får dårligere hukommelse og konsentrasjonen blir svakere. I tillegg til dette gjør tidspresset og stresset at de ikke får nok tid til å verken danne viktige relasjoner eller gi oppmerksomhet til pasientene. Det kan virke som at det er et misforhold mellom ressurser og tid, og det arbeidet som kreves av en sykepleier. En kan konkludere med at disse faktorene påvirker sykepleiers vurderinger, og kan føre til at den postoperative smertelindringsprosessen blir ufullstendig og inadekvat. Dette kan dermed bety at pasienter ikke får den smertelindringen de har behov for, noe som er svært uheldig av flere årsaker.

Dersom det ikke forekommer en grundig kartlegging av pasientens smerter, både ved bruk av kartleggingsverktøy og selvrappoterter fra pasienten, kan det bli en utfordring for sykepleier å gjennomføre en nøyaktig vurdering av pasientens smerter i behandlingsprosessen. Sykepleier må da gjøre egne vurderinger ut ifra nonverbale tegn, skjønn og egen erfaring. Dette kan føre til at det blir ulike vurderinger fra ulike sykepleiere, noe som kan hindre god kvalitet på den postoperative smertelindringen. En kan konkludere med at det er et stort forbedringspotensiale når det gjelder kartlegging, og at det bør være klare retningslinjer for postoperativ smertelindring for alle

sykepleiere. Dette kan være med å sikre at alle utfører samme praksis, og dermed sørge for en trygg og god behandling for alle pasienter.

Sykepleiers holdninger og erfaringer kan påvirke vurderingene som blir gjort. Pasientene kan vurderes til at de overdriver smertene, fordi smertene sammenlignes med det sykepleier forventer. Sykepleier har stor makt på grunn av ubalanse i avhengighetsforholdet, som påvirker sykepleier-pasient relasjonen. Dette kan føre til at pasienten blir sårbar og kan resultere i at pasientene ikke rapporterer relevant informasjon. Det er viktig at pasientene blir prioritert uavhengig av smerteintensitet. En god relasjon til pasienten har stor innvirkning på kommunikasjon og tillit, og påvirker pasientens rapportering av smerter positivt. For å nå målet om optimal smertelindring er det nødvendig med endringer som bedrer preoperativ informasjon om smertekartlegging, antatte smerter og smertebehandling. God informasjon er viktig slik at pasientene er klar over mulige risikoer og viktigheten av å rapportere smerter.

7.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. Berkshire: Open University Press.

Berntzen *et al.* (2016) Perioperativ og postoperativ sykepleie, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1* . 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 309-379.

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1. utg. Oslo: Akribe AS.

Brinchmann B. S. (2016) *Etikk i Sykepleien*, 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 381-427.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) *1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder - likheter og forskjeller*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (Hentet: 9. mai 2019).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinki-deklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 13. mai 2019).

Fredheim *et al.* (2011) Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus, *Den Norske Legeforening*, 131(18), s. 1763-1767. DOI: 10.4045/tidsskr.10.1129

GrønkJær, L.L. (2013) Nurses' experience of stress and burnout: a literature review, *Idunn:Klinisk sygepleje*, 27 (1), s. 15-26, Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/nurses_experience_of_stress_and_burnout_a_literature_revi (Hentet: 10. april 2019).

Helsedirektoratet (u.å.) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon> (Hentet: 25. mars 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7 (Hentet: 25. april 2019).

Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 107-141.

Norsk Helseinformatikk (2017) *Smerte*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/smerte/> (Hentet: 11. mars 2019).

Norsk Sykepleierforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 11. mars 2019).

Nortvedt *et al.* (2012) *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe AS.

NTNU (u.å.) *Studieplan - bachelor i sykepleie heltid*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/studieplan#programmeCode=BSPLH&year=2018> (Hentet: 25. mars 2019).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 25. april 2019).

Rognstad *et al.* (2012) Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical ward, *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 26(3), s, 545-552. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>

Sand *et al.* (red.) (2006) *Menneskekroppen*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sjøveian A.K.H. og Leegaard M. (2015) Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi, *Sykepleien*, 10(2), s. 162-169. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.54454

Sjøveian, A.K.H og Leegaard M. (2012) Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling, *Sykepleien*, 7(4), s. 380-387. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0158

Støren, I. (2013) *Bare søk!* 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Torvik *et al.* (2014) Kartlegger smerte, *Sykepleien*, 2014(3), s. 62-65. doi:[10.4220/sykepleiens.2014.0027](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0027)

Travelbee, J. (red.) (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Voshall, B., Dunn, K. S. og Shelestak, D. (2013) Knowledge and Attitudes of Pain Management Among Nursing Faculty, *Pain Management Nursing*, 14(4), s. e226-e235. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.02.001

