

10109

## Sykepleie i postoperativ smertelindring

Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7191

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



10109

## **Sykepleie i postoperativ smertelindring**

Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7191

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Postoperativ smertelindring er en varig utfordring for pasienter og helsepersonell. Epidural analgesi har lenge blitt sett på som standarden i postoperativ smertelindring, da resultatene har vist at det møter målet om et effektivisert forløp. Kunnskap om hvordan dette fokuset på effektivisering påvirker nedtrappingen av epidural-smertelindring, er imidlertid begrenset. I postoperativ smertebehandling vil sykepleieren kunne møte hindre som utfordrer sykepleierens kunnskap, holdninger og bevissthet på betydningen av egen rolle. Denne oppgaven forsøker å finne svar på problemstillingen: Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring?

**Metode:** Denne litteraturstudien er basert på en samling av åtte forskningsartikler, samt supplerende pensumlitteratur og to review-artikler.

**Resultat:** Funnene fra artiklene som er valgt til oppgaven, viste til at et effektivisert forløp med bruk av epidural analgesi var vellykket i postoperativ smertelindring. Forskningen viste imidlertid at det eksisterer forbedringspotensialer relatert til pasientmedvirkning og informasjonsformidling, samt kunnskap og holdninger hos sykepleiere.

**Konklusjon:** Sykepleieren har en sentral rolle i nedtrappingen av epidural analgesi og deres forståelse av egen rolle vil kunne påvirke den sykepleien de utøver. Postoperativ smertelindring handler om å oppnå en mellommenneskelig kontakt, fremme tillit og trygghet. Sykepleie i nedtrapping av epidural analgesi er et kontinuerlig samarbeid med pasienten, hvor pasientmedvirkning bør stå i fokus. Gjennom utviklingen mot et stadig mer effektivisert forløp, har sykepleieren et ansvar å sørge for at effektiviseringen, ikke går på bekostning av pasientmedvirkningen. Sykepleierens rolle har dermed stor betydning for hvordan pasienten opplever nedtrappingen av epidural-smertelindring.

Nøkkelord: smertelindring, postoperativ, epidural analgesi, sykepleie, rolle

## Abstract

**Background:** Postoperative pain relief is a lasting challenge for patients and healthcare professionals. Epidural analgesia has been perceived as the standard, as results have shown epidural analgesia creating a more efficient surgical course. However, knowledge about how this focus on efficiency affects the reduction of epidural analgesia, is limited. In postoperative pain treatment, the nurse could meet obstacles that challenge the nurse's knowledge, attitudes, and awareness of the importance of her own role. This thesis aims to answer the question: What importance does the nurses role have in the reduction of epidural analgesia?

**Method:** This literature study is based on a collection of eight research articles, supplementary syllabus literature and two review articles.

**Result:** The results indicated that the use of epidural analgesia was successful in postoperative pain relief. However, the research showed that there is potential for improvement related to patient-participation, information dissemination, and nurses' knowledge and attitudes.

**Conclusion:** Nurses have a central role in the reduction of epidural analgesia and their understanding of their own role could affect their nursing. Postoperative pain relief is about achieving interpersonal contact, trust, and safety. Nursing here is a continuous cooperation with patients, where patient-participation should be in focus. Through development towards an increasingly streamlined surgical program, nurses have a responsibility to ensure it does not come at the expense of the patient-participation. The nurse's role is thus of great importance for how the patient experiences the reduction of epidural analgesia.

Keywords: pain relief, postoperative, epidural analgesia, nursing, role

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innledning til tema .....	1
1.2 Teori.....	2
1.2.1 Postoperativ smertelindring .....	2
1.2.2 Epidural-smertelindring .....	3
1.2.3 ERAS-programmet.....	3
1.2.4 Lovverk og pasientmedvirkning.....	3
1.2.5 Joyce Travelbee om sykepleie og roller.....	4
1.2.6 Tillitsvekkende kommunikasjon.....	4
1.3 Formål og problemstilling .....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Beskrivelse av metode.....	6
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	7
2.3 Søkestrategi.....	7
2.4 PICO-skjema.....	8
Tabell 2.2 PICO-Skjema .....	8
2.5 Søketablell .....	9
Tabell 2.3 Søketablell.....	9
2.6 Vurdering av artiklene.....	11
2.7 Analyse av artiklene.....	11
Tabell 2.4 Tematisk inndeling av artiklene .....	12
<b>3 Resultater</b> .....	<b>13</b>
Tabell 3.1 Artikkelmatriks.....	13
3.1 Presentasjon av resultater.....	17
3.1.1 Nedtrapping og seponering av epidural-smertelindring.....	17
3.1.2 Informasjon og pasientmedvirkning .....	17
3.1.3 Sykepleierens kunnskap og holdninger .....	18
<b>4 Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
4.1 Et forbedret forløp .....	19
4.2 Sykepleierens kunnskap og holdninger til smertelindring.....	20
4.3 Skillet mellom ledelse og makt.....	21
4.4 Implikasjoner for sykepleie .....	23
4.5 Metodediskusjon.....	23
4.6 Konklusjon .....	24

**Referanser** ..... 25



# 1. Innledning

## 1.1 Innledning til tema

Alle kirurgiske inngrep er forbundet med en viss risiko for postoperativ smerteproblematikk (Berntzen et al., 2020, s. 310-311). Særlig utsatt er pasienter som gjennomgår åpne abdominale inngrep. Slike inngrep gir omfattende vevskade når tilgangen til det behandlingstrengende området dannes via et snitt gjennom alle lagene i bukveggen. Til tross for at det stadig gjøres fremskritt innen pasientbehandling i kirurgiske forløp, fortsetter postoperativ smertelindring å være en varig utfordring for helsepersonell og pasientene det omhandler (Montgomery & McNamara, 2016, s. 9). Tilstrekkelig smertelindring av pasienter som er i postoperativ fase av forløpet er avgjørende for at pasientene skal oppleve god postoperativ restitusjon og at de skal kunne mestre tidlig mobilisering etter inngrepet (Salicath et al., 2018, s. 2).

Postoperativ smertelindring ved hjelp av epidural analgesi, forkortet EDA, i kombinasjon med peroral smertelindring, har lenge vært benyttet og sett på som standarden i postoperativ smertelindring (Salicath et al., 2018, s. 2-8). Sykepleierne som møter disse pasientene har et ansvar for å sikre god smertebehandling som fremmer et effektivisert og forbedret forløp (Montgomery & McNamara, 2016, s. 9-13). Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskapene som trengs for å kunne avdekke pasientenes smerte tidlig, foreta vurderinger og iverksette nødvendige tiltak. I et forløp hvor fokuset ligger på å effektivisere behandlingen og forkorte tiden pasienten er innlagt på sykehus, setter denne oppgaven søkelys på hvorvidt dette påvirker nedtrappingen av epidural-smertelindring og hvilken betydning sykepleierens rolle har i denne fasen.

Tematikken i denne oppgaven er avgrenset til å omhandle pasienter som er innlagt på sykehus og er i den postoperative fasen av et kirurgisk forløp, hvor de blir smerte lindret ved hjelp av epidural analgesi. Vinklingen på oppgaven er inspirert av kvinner som har gjennomgått større abdominal kirurgi, samt egne erfaringer fra praksis på kirurgisk avdeling. Fra praksis i kirurgisk fagområde har jeg erfart at det foreligger ulike holdninger og kunnskaper blant sykepleierne, rundt nedtrapping av EDA. Jeg erfarte samtidig hvordan disse forskjellene kunne påvirke pasientenes opplevelse av behandlingen.

## 1.2 Teori

I dette kapitlet er det faglige grunnlaget og kunnskapen for oppgaven samlet. Kapitlet tar for seg de mest sentrale begrepene og teoretiske perspektiv som er benyttet i oppgaven.

### 1.2.1 Postoperativ smertelindring

Alle kirurgiske inngrep vil medføre en form for vevstraume som igjen vil utløse smerte. (Berntzen et al., 2020, s. 353). Smerte er en individuell erfaring og kan forstås som det som trer frem i bevisstheten hos et menneske, som en kroppslig erfaring av å kjenne på å ha det vondt. (F. Nordtvedt, 2017, s. 173). Når et kirurgisk inngrep avsluttes og behandlingen går over i den postoperative fasen, starter den postoperative smertelindringen, som er et viktig fokusområde for sykepleierne (Berntzen et al., 2020, s. 361). Denne postoperative smertelindringen er ved flere tilfeller, allerede startet før inngrepet, i form av premedikasjon. Premedikasjonen administreres vanligvis i form av perorale, smertelindrende medikamenter som gis for at pasienten skal ha et godt grunnlag for videre smertelindring, allerede før kirurgien er avsluttet.

Postoperativ smertelindring gis ofte som perorale smertelindrende medikamenter, analgetika, som kan komplimenteres med en form for regional- eller lokalanestesi dersom det er et behov for ytterligere smertelindring (Berntzen et al., 2020, s. 353-361). Mest vanlig er bruk av virkestoffet paracetamol som peroral basis-analgesi, samt ikke-steroide antiinflammatoriske legemidler, også kalt NSAID-preparater. Disse legemidlene gir et godt grunnlag for smertelindring og kan, sammen med regional- eller lokalanestesi, redusere bruk av opioider. Det vil uansett hvilke smertelindrende metoder og medikamenter som benyttes, være varierende hva den enkelte pasient har behov for, og behovet vil variere ut fra hvilket inngrep som er utført, både dets størrelse og art. Den postoperative smertelindringen bør derfor alltid være tilpasset den enkelte pasient og det inngrepet pasienten har gjennomgått.

Utilstrekkelig smertelindring kan gi flere konsekvenser for pasienten, som inaktivitet og hypoventilering (Berntzen et al., 2020, s. 356). Opplevelsen av smerte kan også få konsekvenser for pasientens psykiske helse og opplevelse av velvære (Danielsen et al., 2020, s. 384). Særlig etter abdominale inngrep vil smerten påvirke pasientens evne til å puste dypt, hoste og delta i mobiliseringer eller fysiske øvelser (Berntzen et al., 2020, s. 356). Pasienter som opplever en utilstrekkelig smertelindring har samtidig økt risiko for alvorlige komplikasjoner relatert til hjerte-kar, slik som blodpropper (Salicath et al., 2018, s. 2). Tidlig mobilisering etter inngrepet fremmer dypere respirasjon, forbedret sirkulasjon og reduserer risikoen for slike komplikasjoner, tidlig mobilisering er derfor et viktig fokusområde for sykepleierne som møter pasientene i den postoperative fasen (Berntzen et al., 2020, s. 357-359). Skal tidlig mobilisering være mulig, må imidlertid pasienten være tilstrekkelig smertelindret før mobiliseringen kan finne sted.

### 1.2.2 Epidural-smertelindring

Den vanligste formen for regional- eller lokalanestesi er epidural-smertelindring (Berntzen et al., 2020, s. 361). Epidural-smertelindring, også kalt epidural analgesi (EDA), administreres gjennom et tynt kateter som blir lagt inn i epiduralrommet, som befinner seg rundt ryggraden (Danielsen et al., 2020, s. 407-408). Legemidlet som blir administrert vil bre seg i epiduralrommet og virke regionalt, avhengig av plasseringen av kateteret. Legemidlene kan administreres som støtdoser eller kontinuerlig infusjon, og kan samtidig fungere pasientkontrollert. En kontinuerlig infusjon gjennom et epidural-kateter, har vist seg å ha god effekt på bevegelsesindusert smerte og reduserer postoperative komplikasjoner, særlig komplikasjoner relatert til lunger og mage-tarm-systemet (Berntzen et al., 2020, s. 361). Det å lindre bevegelsesindusert, også kaldt dynamisk smerte, er særlig viktig i den postoperative smertelindringen, for å muliggjøre tidlig mobilisering (Danielsen et al., 2020, s. 408).

### 1.2.3 ERAS-programmet

Innføringen av Enhanced Recovery After Surgery programmet, forkortet ERAS-programmet, har som mål å forbedre og effektivisere det kirurgiske forløpet for pasienter innlagt på sykehus (Montgomery & McNamara, 2016, s. 9-13). ERAS fokuserer på å minimere kirurgirelatert stress gjennom tiltak som større fokus på pasientmedvirkning, bruk av opioid-sparende analgesi og tidlig mobilisering etter inngrepet. ERAS-programmet utfordrer sykepleier-pasient forholdet ved å fremme pasientens aktive deltakelse i egen omsorg og behandling. Hvorvidt ERAS-programmet er vellykket, avhenger av at sykepleierne og de andre involverte i det tverrfaglige samarbeidet på sykehuset, utfører sitt arbeid i henhold til ERAS-programmets fokusområder. ERAS-forløpet, med sitt fokus på effektivisering og forbedring, har med tiden blitt integrert inn i en bred variasjon av kirurgiske forløp i flere ulike land.

### 1.2.4 Lovverk og pasientmedvirkning

En av lovene som helsepersonell plikter å følge er lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 & §3-2). I loven står det skrevet at pasienter har rett til medvirkning, og rett til informasjon. Dette innebærer at pasienter har rett til å medvirke når det gjelder valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenester og at pasienten samtidig skal ha den informasjonen som er nødvendig for at de skal ha tilstrekkelig innsikt i behandlingen de mottar. Hovedpunktene fra pasient- og brukerrettighetsloven går igjen i en del av de faglige og etiske prinsippene som regulerer sykepleie, en av dem er begrepet autonomi (P. Nordtvedt, 2017, s. 98). Autonomi er både en egenskap og en rettighet. Autonomi handler om at mennesket har evne til kritisk selvrefleksjon, som igjen gjør mennesket et selvbestemmende, også kalt autonomt individ. Å ivareta en pasients autonomi vil bety at pasienter som er kompetent til å foreta egne vurderinger og valg, selv skal kunne bestemme over egen behandling, inkludert å nekte behandling etter eget ønske. Når pasienten får muligheten til å ta del i egen behandling, oppnås pasientmedvirkning. Sykepleieren plikter å ivareta pasientenes rettigheter, dette er nedskrevet i lov om helsepersonell, som omtaler kravet om å yte

faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, samt å ivareta pasientens rettigheter til informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §4 & §10). Sykepleieren kan sørge for at pasientens autonomi og rett til medvirkning blir ivaretatt ved å foreta tilstrekkelige individuelle hensyn i pasientbehandling og å foreta beslutninger gjennom informerte samtykker (P. Nordtvedt, 2017, s.137; Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.120-121).

### 1.2.5 Joyce Travelbee om sykepleie og roller

I 1971 ble den andre utgaven av boken *Interpersonal Aspects of Nursing* utgitt av den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (Kristoffersen et. al. 2017, s. 28-29). Hennes tekning retter fokuset mot de mellommenneskelige aspektene i sykepleien og hennes sykepleietenkning har hatt stor innflytelse når det kommer til utdanning av sykepleiere i Norge. Travelbee mente at selv om lidelse er en fellesmenneskelig og uunngåelig erfaring, vil den enkeltes opplevelse av lidelse være en individuell og personlig opplevelse. Travelbee la i sitt arbeid vekt på at mennesket har evne og tilbøyelighet til å søke mening når de møter sykdom, smerte og lidelse. Sykepleie ble av henne definert som en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren hjelper den aktuelle pasienten å forebygge eller mestre erfaringer i møte med sykdom og lidelse, samt om mulig, å finne mening i erfaringene.

Travelbee (1971, s. 43-45) utdyper i *Interpersonal Aspects of Nursing*, at hun stiller seg kritisk til at sykepleie blir sett på som en rolle. Hun påpeker at en sykepleiers rolle kan tolkes forskjellig både innad i en gruppe sykepleiere, men også ulikt blant pasientene sykepleieren møter. Hun forklarer videre at en pasient vil se sykepleieren ut fra hva de ser sykepleieren utføre, og hvordan sykepleieren utfører dette. Pasientene vil deretter legge denne oppfatningen de får av sykepleieren, sammen med hvilke stereotypier de allerede har om sykepleiere og deres yrke. Det samme gjelder sykepleierne, som også kan bære et slikt stereotypisk syn på pasientene de møter. Travelbee skrev videre at dette synet på sykepleiere som en samlet enhet, som en rolle, ville være en barriere for å oppnå den mellommenneskelige kontakten og dermed også en barriere for utøvelsen av god omsorg. En annen barriere for mellommenneskelig kontakt og omsorg som omtales av Travelbee, er sykepleierens holdninger i møtet med pasienter som opplever smerte. Hun påpeker at pasienter kan risikere å bli behandlet forskjellig ut fra hvordan sykepleieren tolker deres atferd utad (Travelbee, 1971, s. 74)

### 1.2.6 Tillitsvekkende kommunikasjon

For å kunne yte faglig og forsvarlig sykepleie er det viktig at sykepleieren har aktuell og oppdatert kunnskap om pasientene og deres situasjon (Skaug, 2017, s. 338) Innhentning av slik informasjon kan skje gjennom å kommunisere med pasienten. Den informasjonen sykepleieren klarer å hente fra samtalen, kan påvirkes av hvordan partene velger å kommunisere (Eide & Eide, 2018, s. 136-140). Kommunikasjon kan skje både ved bruk av kroppsspråk og ved direkte tale. Direkte tale kan være konkret informasjon som blir fortalt verbalt i samtalen, direkte tale er derfor ofte enkelt å oppfatte og tolke. Kroppsspråk kan imidlertid være utfordrende å tolke. Kroppsspråk kan ses som endring i ansiktsuttrykk, øyekontakt eller kroppsholdning. Kroppsspråk kalles også et non-verbalt språk og sammenhengen mellom det non-verbale og det verbale kan deles inn i to

kategorier, kongruent og inkongruent. Når en person uttrykker seg kongruent, samsvarer den verbale og den non-verbale kommunikasjonen. Kommunikasjonen fremstår da ekte, pålitelig og samtidig tillitsvekkende. Ved inkongruent kommunikasjon er det derimot en avstand, eller konflikt mellom den verbale og den non-verbale kommunikasjonen, som kan tolkes som usikkerhet og upålitelighet. Inkongruent kommunikasjon kan være utfordrende for sykepleieren å tolke, som igjen kan føre til utilstrekkelig eller feil i innhentet informasjon fra samtalen.

### 1.3 Formål og problemstilling

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse hvilken rolle sykepleierne har i nedtrappingen av epidural-smertelindring og hvilken betydning denne rollen har for pasientens opplevelse av nedtrappingen. Ved å ta et utgangspunkt i dette har jeg utarbeidet denne problemstillingen:

*Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring?*

## 2. Metode

I dette kapittelet blir litteraturstudium som valgt metode beskrevet. Videre i dette kapittelet vil inklusjons- og eksklusjonskriterier, beskrivelse av søkestrategi med tilhørende søketabell, PICO-tabell, samt analyse og vurdering av artiklene bli presentert.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Det finnes ulike metoder for oppgaveskriving, for å svare på denne oppgavens problemstilling ble metoden litteraturstudium benyttet. Et litteraturstudium er en litterær oppgave hvor datamaterialet som ligger til grunn for oppgaven blir innhentet fra allerede eksisterende fagkunnskap, relevant teori og forskning (Dalland, 2017, s. 207). Innhentingen av artiklene som ble benyttet i drøftingen, foregikk via strukturerte søk i flere anerkjente databaser. Søkene førte frem til åtte valgte forskningsartikler som senere ble sett i sammenheng med fagkunnskapen og teorien som lå til grunn for oppgaven. Databasene som ble valgt, ble plukket ut fra hvorvidt søk i dem førte frem til relevante treff. Nærmere beskrivelse av søk og søkestrategi blir presentert under punkt 2.3 og 2.5. Før søkeprosessen kunne starte ble det også satt opp en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier, som ble aktivt brukt i utvelgelsen av artiklene. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er presentert i tabellform under punkt 2.2. Det ble også benyttet et PICO-skjema før søkeprosessen startet, nærmere forklart under punkt 2.4. Artiklene ble deretter analysert og vurdert, under punkt 2.6 og 2.7, for å undersøke hvilke momenter i artiklene som var relevante for å besvare denne oppgavens problemstilling og om de møtte kriteriene som ble satt for bruk i oppgaven.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før søkeprosessen startet ble kriteriene for inklusjon og eksklusjon av artikler, valgt ut. Enkelte av kriteriene er generelle og ville vært relevante for en hvilken som helst problemstilling, disse er krav til fagfelleurdert artikkel, publisert etter 2012, nordiske eller engelsk språk og kvalitative eller kvantitative studier med IMRAD-struktur. Andre kriterier ble valgt med direkte sammenheng til problemstillingen, disse var at artikkelen skulle omhandle en eller flere av temaene postoperativ smertelindring, epidural-smertelindring eller sykepleierens rolle. Eksklusjonskriteriene ble også valgt med direkte sammenheng til problemstillingen og viser at artikler som omhandlet barn eller eldre, smertelindring utenfor sykehuset og artikler med forskning som ikke var overførbar til norske forhold, ble ekskludert. Både inklusjons- og eksklusjonskriteriene er presentert i tabellform under tabell 2.1.

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Omhandler postoperativ smertelindring, epidural smertelindring eller sykepleierens rolle	Omhandler spesifikt barn eller eldre
Nordiske eller engelsk språk på artiklene	Ikke overførbar til norske forhold
Publisert fra årstall 2012 til 2022	Smertelindring utenfor sykehuset
Fagfelleurdert artikkel	
Kvalitative eller kvantitative studier med IMRAD-struktur	

### 2.3 Søkestrategi

I starten av søkeprosessen ble det utført prøvesøk i flere databaser for å kartlegge hvilke databaser og søkeord som gav ønskede treff. Prøvesøkene er ikke inkludert i søketabellen da de ikke førte frem til spesifikke artikler, men heller gav en oversikt og et utgangspunkt for videre, mer strukturerte søk. De databasene som ble valgt ut til strukturerte søk var PubMed, Oria og CINAHL. Etter å ha foretatt prøvesøkene ble det tydelig hvilke søkeord som gav ønskelige treff og hvilke som gav treff uten relevans for oppgaven. Noen av søkeordene som ble brukt ble funnet ved hjelp av PICO-skjemaet, nærmere forklart under punkt 2.4, mens andre ble funnet gjennom prøvesøkene. I søkeprosessen ble det samtidig funnet to review-artikler gjennom hånd søk, Salicath et al. (2018) og Montgomery & McNamara (2016). Disse to artiklene ble benyttet i innledningen og teoridelen av oppgaven. Artiklene inngår ikke i hovedartiklene som ble valgt ut til drøftingen.

Ønskelige avgrensninger ble satt allerede fra starten av søkeprosessen, da dette gjorde gjennomgangen av antall treff mer overkommelig og resultatene fra søket mer spesifisert. Hvilke avgrensninger som ble brukt ble tilpasset ut fra databasene. I PubMed ble det satt avgrensning på årstall fra 2012 til 2022, samt tekster som var tilgjengelig som fulltekstdokumenter, grunnet et ønske om å finne komplette artikler med nyere forskning. Avgrensningen for årstall ble brukt i samtlige databaser. I Oria ble søkene også avgrenset til kun fagfelleurderte tidsskrifter, i et av søkene ble det også gjort en avgrensning til kun engelske artikler, for å snevre inn antall treff ytterligere. I databasen CINAHL ble kun avgrensningen for årstall benyttet.

Det ble gjennomført strukturerte søk på to ulike dager i databasen PubMed. Det første søket inneholdt søkeordene «epidural» og «laparotomy» og dette søket førte frem til en artikkel, artikkel A. Det andre søket i denne databasen ble gjennomført dagen etter, med de nye søkeordene «postoperative pain» og «nurse information», dette søket ledet frem til to nye artikler, artikkel C og artikkel D. I databasen Oria fra NTNUs Universitetsbibliotek, ble det også utført søk på to ulike dager. Det første søket ble utført med søkeordet «smertelindring» alene, og førte frem til en artikkel, artikkel B. Senere ble det gjort et nytt søk, med flere søkeord, denne gangen på engelsk. Disse søkeordene ble kombinert sammen, «patient participation», «epidural analgesia», «laparotomy» og

«gynecology». Dette søket ledet frem til en ny artikkel, artikkel G. Ved å gjenbruke søkeordene «epidural analgesia» og «gynecology», sammen med søkeordet «postop recovery», ble ytterligere en artikkel funnet, artikkel H. Den siste databasen som ble brukt i søkeprosessen var CINAHL. I denne databasen ble det gjennomført kun ett strukturert søk, men dette søket ledet frem til to artikler, artikkel E og artikkel F. Søkeordene som ble brukt på dette søket var «postoperative pain» og «nurses role».

## 2.4 PICO-skjema

I arbeidet med oppgaven ble det benyttet et PICO-skjema for å gi søket og problemstillingen, bedre struktur og større klarhet (Helsebiblioteket, 2016). Skjemaet er delt opp i fire deler, hvor hver bokstav står for et element og spørsmål. «P» står for hvilken populasjon eller hvilket problem oppgaven dreier seg om. «I» står for hva det er med denne gruppen eller dette problemet som er av interesse. «C» står for sammenligning. «O» står for hvilket utfall eller endepunkt man er interessert i å finne. I tabell 2.2 presenteres PICO-skjemaet i tabellform, samt de forslagene til søkeord jeg utarbeidet knyttet til de ulike punktene, disse er skrevet i parentes. Stjernemarkering bak søkeordet indikerer at ordet er forkortet, eller kan skrives på flere måter.

Tabell 2.2 PICO-Skjema

<b>P</b>	<b>Population/problem</b>	Postoperative pasienter (Postop*, postoperative pain, patient*) Sykepleiere (nurse*) Epidural smertelindring (epidural analgesia, EDA)
<b>I</b>	<b>Intervention</b>	Kunnskap (knowledge) Holdninger (attitude) Sykepleiers rolle (nurse* role)
<b>C</b>	<b>Comparison</b>	Effekt med og uten epidural smertelindring (effect, comparison) Sykepleieren som leder versus ikke-ledende holdning (nurse-led)
<b>O</b>	<b>Outcome</b>	Tilstrekkelig smertelindring (pain relief) Tilstrekkelig pasientmedvirkning (patient participation)



## 2.5 Søketabell

Presentert under dette punktet er søkeprosessen som tabell 2.3, med oversikt over valgte databaser, dato for søket, søkeordene som ble benyttet, avgrensningene som ble lagt inn, antall treff søket gav og hvilke artikler som ble valgt ut til bruk i oppgaven. Presentert i nederste kolonne av søketabellen er de inkluderte artiklene, sortert med bokstaver fra A til H for å vise hvor de er lokalisert i søketabellen og i beskrivelsen av søkestrategien i punkt 2.3 *søkestrategi*.

Tabell 2.3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler	
PubMed	02.05.22	S1	Epidural	Årstall: 2012-2022 Free full text	8177		
		S2	Laparotomy		9971		
		S3	S1 AND S2		66		1 (A)
	03.05.22	S1	Postoperative pain		30000		
		S2	Nurse information		11420		
		S3	S1 AND S2		59		2 (C & D)
Oria	02.05.22	S1	Smertelindring	Årstall: 2012-2022 Fulltekst dokumenter. Fra fagfelleverdert tidsskrift.	57	1 (B)	
	13.05.22	S1	Patient participation	Årstall: 2012-2022 Fra fagfelleverdert tidsskrift. Engelsk språk.	579644		
		S2	Epidural analgesia		22996		
		S3	Laparotomy		77698		
		S4	Gynecology		394316		
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		37		1 (G)
		S6	Postop recovery		3730		
S7	S2 AND S4 AND S6	31	1 (H)				
CINAHL	04.05.22	S1	Postoperative pain	Årstall: 2012-2022	15186		
		S2	S1 AND nurses role		63		2 (E & F)
Inkluderte artikler:							
<b>A</b> Wranicz, P., Andersen, H., Nordbø, A. & Kongsgaard, U. E. (2014). Factors Influencing the Quality of Postoperative Epidural Analgesia: An Observational							

Multicenter Study. *Local and Regional Anesthesia*, 7(1), 39-45.

<https://doi.org/10.2147/lra.s67153>

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

**C** Mubita, W. M., Richardson, C. & Briggs, M. (2019) Patient Satisfaction with Pain Relief Following Major Abdominal Surgery is Influenced by Good Communication, Pain Relief, and Empathic Caring: A Qualitative Interview Study. *British Journal of Pain*, 14(1), 14-22. <https://doi.org/10.1177/2049463719854471>

**D** Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N. & Haugen, A. S. (2020). Patients' and Healthcare Workers' Recommendations for A Surgical Patient Safety Checklist – A Qualitative Study. *BMC Health Services Research*. 20(43). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>

**E** Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y. & Jin, J. (2021). The Effectiveness of Using a Nurse- Led Pain Relief Model for Pain Management Among Abdominal Surgical Patients: A Single-Center, Controlled Before-After Study in China. *Pain Management Nursing*, 22(2), 198-204. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004>

**F** 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>

**G** Kersley, Å. R. & Berterö, C. (2021). Women's Experiences of an Enhanced Recovery After Surgery Program: A Qualitative Study. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 263-272. <https://doi.org/10.1111/nhs.12810>

**H** Rivard, C., Dickson, E. L., Vogel, R. I., Argenta, P. A. & Teoh, D. (2014). The Effect of Anesthesia Choice on Post-Operative Outcomes in Women Undergoing Exploratory Laparotomy for a Suspected Gyn-ecologic Malignancy. *Gynecologic Oncology*, 133(2), 278-282. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.02.027>

## 2.6 Vurdering av artiklene

I utvelgelsen av artiklene ble det lagt vekt på at artiklene viste kvalitet, relevans og pålitelighet (Dalland, 2017 s. 150). Tidsskriftene som artiklene var publisert i ble undersøkt gjennom Norsk senter for forskningsdata, forkortet NSD, og deres tilknyttede register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2022). Dette ble utført for å avdekke om tidsskriftene var fagfelleverderte, og hvilket nivå de var vurdert til. Samtlige artikler som ble funnet til oppgaven, var publisert i et tidsskrift som i seg selv, eller tilknyttet sitt overordnende forlag, var vurdert som fagfelleverdert, nivå 1. Det ble videre undersøkt om forskningen i artiklene hadde mottatt godkjenning fra en etisk komite. Fire av artiklene opplyste i teksten at forskningen var vurdert av en lokal etisk komite, mens de fire resterende opplyste at de hadde foretatt etiske vurderinger i henhold til internasjonale, eller regionale retningslinjer og, eller fått godkjenning fra et lokalt styre.

Det ble samtidig lagt vekt på at studiene møtte inklusjon- og eksklusjonskriteriene som var satt og var relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Hovedsakelig ble studier fra Europa valgt, foruten en artikkel som ble utført i Kina og en som ble utført i USA. Det at forskningen er utført utenfor Europa kan ha innvirkning på om forskningen er overførbart til norske forhold og derfor ha innvirkning på om artikkelen er relevant for oppgaven. Begrunnelsen for å beholde disse artiklene var at forskning fra andre land kan brukes til inspirasjon for hvordan vi utfører sykepleie og postoperativ smertelindring i Norge, nærmere forklart under punkt 4.5 *metodediskusjon*.

## 2.7 Analyse av artiklene

I analysen av artiklene ble det tatt utgangspunkt i Evans (2002) modell for analyseprosessen. Denne modellen er delt inn i fire punkter, også omtalt som steg. *Første steg* i analyseprosessen, er å samle aktuelle studier. Dette inkluderer det strukturerte søket hvor åtte artikler ble valgt ut. *Andre steg* i analyseprosessen var å identifisere funnene fra hver artikkel. Dette ble utført ved å lese artiklens sammendrag, bemerke hovedpunktene og deretter nærlese artiklene for å være sikker på at innholdet i artiklene var forstått. Detaljer og relevante setninger som inspirerte vinklingen i drøftingsdelen av denne oppgaven, ble markert for senere bruk. *Tredje steg* handlet om å se artiklene i sammenheng med hverandre og inndele innholdet i dem tematisk, i hovedtema og undertema. Disse hoved- og undertemaene er presentert i tabellform i tabell 2.4. Det ble samtidig identifisert likheter og ulikheter i resultatene på tvers av studiene, som nærmere gjennomgås under punkt 3 *resultater* og som videre inspirerte drøftingen. *Fjerde steg* i analyseprosessen handlet om å beskrive resultatene som ble funnet fra hvert hovedtema, disse resultatene utdypes under punkt 3.1 *presentasjon av resultater*. Resultater fra artiklene som ble vurdert til å ikke være relevant for å besvare problemstillingen, blir ikke beskrevet.

Tabell 2.4 Tematisk inndeling av artiklene

<b>Hovedtema</b>	<b>Undertema</b>	<b>Artikler</b>
Et forbedret forløp	Nedtrapping og seponering av EDA	A, H
	Effekten av EDA	A, H
	ERAS-programmet	G
Sykepleierens holdninger og kunnskap	Holdninger til smertelindring	A, B, C, F, G
	Kunnskap om smertelindring	A, B, E
Ledelse og makt	Pasientmedvirkning	D, F, G, H
	Kommunikasjon	F, C
	Sykepleieren som leder	E
	Informasjonsformidling	C, D, G

### 3 Resultater

I dette kapittelet er funnene fra de åtte artiklene som ble valgt til litteraturstudien, presentert i en artikkelmatrise under tabell 3.1. Artikkelmatrisen beskriver artiklenes hensikt, metode, resultat og deres relevans for oppgaven. Videre presenteres forlengelsen av *steg fire* i Evans (2002) analyseprosess, en gjennomgang av relevante resultater fra analysen av artiklene, under punkt 3.1 *presentasjon av resultater*.

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
<p>Wranicz, P., Andersen, H., Nordbø, A. &amp; Kongsgaard, U. E. (2014). Factors Influencing the Quality of Postoperative Epidural Analgesia: An Observational Multicenter Study. <i>Local and Regional Anesthesia</i>, 7(1), 39-45  <a href="https://doi.org/10.2147/lra.s67153">https://doi.org/10.2147/lra.s67153</a></p>	<p>Hovedformålet med studien var å evaluere EDA-kvaliteten hos pasienter som hadde gjennomgått en laparotomi. Sekundærformålet var å analysere effektiviteten av EDA som smertelindring.</p> <p>I tillegg undersøker studien om helsepersonellet var fornøyd med kvaliteten av EDA.</p>	<p>Studien er en kvalitativ, multisenter observasjonsstudie med 317 deltakere. Data ble registrert ved tre forskjellige tidspunkt.</p> <p>Andre faktorer som kunne påvirke målingene ble registrert og inkludert i vurderingen.</p>	<p>Studien avdekket at smertelindring med EDA i hvile var tilfredsstillende hos 89% av deltakerne etter 24 timer og 91% etter 48 timer. Synkende prosentandel ved bevegelse. 64% av helse-personellet så på EDA som effektiv og fungerende. Hos 36% av deltakerne ble EDA seponert innen 48 timer.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den undersøker kvalitet og effektivitet ved bruken av EDA. Artikkelen omtaler også nedtrapping av EDA.</p> <p>Studien er utført i Norge.</p>
<p>Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K. A. &amp; Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien Forskning</i>, 10(4), 326-334.  <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere og sykepleiestudenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</p>	<p>Studien er en deskriptiv tverrsnittstudie med 165 deltakere. Data ble samlet ved hjelp av kartleggingsverktøyet NKAS-N, som inneholdt 39 spørsmål om smertehåndtering og smertelindring.</p>	<p>Studien avdekket at sykepleierne svarte riktig på 71,1% av spørsmålene, mens sykepleierstudentene svarte riktig på 58,5% av spørsmålene.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den belyser et behov for økt kunnskap og kompetanse innen smertelindring. Studien diskuterer også holdningene blant sykepleierne og studentene, som innvirker på smertebehandlingen.</p>

				Studien er utført i Norge.
Mubita, W. M., Richardson, C. & Briggs, M. (2019) Patient Satisfaction with Pain Relief Following Major Abdominal Surgery is Influenced by Good Communication, Pain Relief and Empathic Caring: A Qualitative Interview Study. <i>British Journal of Pain</i> , 14(1), 14-22. <a href="https://doi.org/10.1177/2049463719854471">https://doi.org/10.1177/2049463719854471</a>	Hensikten med studien var å avdekke hva som bedrer pasienters opplevelse av postoperativ behandling og smertelindring på sykehus.	Studien er en kvalitativ studie basert på en fenomenologisk tilnærming, som evaluerte perspektivet til 10 pasienter som gikk gjennom større abdominal kirurgi. Data ble samlet gjennom semi-strukturerte dybdeintervjuer.	Studien avdekket at informasjonsformidlingen måtte være adekvat, rettidig og spesifisert etter pasientens individuelle behov. Andre faktorer som påvirket pasientenes opplevelse, var sykepleiernes omsorgsfulle holdning og at smerte ble nøye kontrollert.	Artikkelen er relevant da den tar for seg pasientenes individuelle behov i forhold til informasjon og postoperativ omsorg.  Studien er gjennomført i Storbritannia, overførbar til norske forhold.
Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N. & Haugen, A. S. (2020). Patients' and Healthcare Workers' Recommendations for A Surgical Patient Safety Checklist – A Qualitative Study. <i>BMC Health Services Research</i> . 20(43). <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1">https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1</a>	Hensikten med studien var å avdekke hvilke risikoelementer pasienter og helsepersonell identifiserte i kirurgiske forløp og som kunne inkluderes i en kirurgisk- sjekkliste, for å bedre pasientsikkerheten.	Studien er en kvalitativ studie med 11 fokusgruppeintervjuer. Deltakerne var 25 tidligere innlagte pasienter og 27 helsepersonell deltok.	Studien avdekket at både pasientene og helsepersonellet mente at en kirurgisk sjekkliste var hensiktsmessig. Temaer som ble dratt frem i intervjuene var blant annet smertestilling, oppfølging og trygg medisinbruk. Dette var elementer gruppene så på som viktige elementer i den postoperative fasen.	Artikkelen er relevant da den viser både pasientenes og helsepersonellens syn på hvilke faktorer som kan true, eller bedre pasientsikkerheten i et kirurgisk forløp. Studien belyser samtidig temaet pasient-medvirkning.  Studien er gjennomført i Norge.
Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y. & Jin, J. (2021). The Effectiveness of Using a Nurse-Led Pain Relief Model for Pain Management Among Abdominal Surgical Patients: A	Hensikten med studien var å undersøke effekten av en sykepleierledet smertelindringsmodell for abdominalkirurgiske	Studien er en kontrollert før- og -etter studie. 2851 pasienter innlagt på sykehus fra januar 2015 til desember 2017 ble delt inn i to grupper ut fra om	Studien avdekket at kvaliteten på akutt smertebehandling etter kirurgi ble bedre etter implementeringen av en sykepleierledet smertelindrings-	Artikkelen er relevant da den undersøker sykepleierens rolle i smertebehandling og hvilken effekt rollen har på

<p>Single-Center, Controlled Before-After Study in China. <i>Pain Management Nursing</i>, 22(2), 198-204.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004</a></p>	<p>pasienter på sykehus.</p>	<p>de var innlagt før eller etter implementering av en sykepleierledet smertelindringsmodell. Gruppene ble sammenlignet på temaene kvalitet, bi-virkninger og kunnskap relatert til smertebehandling.</p>	<p>modell. Forekomsten av kvalme og oppkast ble samtidig signifikant redusert. Studien viste også at sykepleierne ble mer åpne for å forbedre kunnskap og holdninger om smertebehandling etter implementeringen.</p>	<p>kvaliteten på behandlingen.  Studien er utført i China, hvorvidt dette gjør studien overførbart til norske forhold er diskutert under punkt 4.5 <i>Metodediskusjon</i>.</p>
<p>Bach, A. M., Forman, A. &amp; Seibaek, L. (2018). Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. <i>Pain Management Nursing</i>, 19(6), 608-618.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005</a></p>	<p>Hensikten med studien var å oppnå kunnskap om hvordan sykepleiere bidrar til smertelindring av postoperative kvinner som har gjennomgått omfattende kirurgi for endometriose.</p>	<p>Studien baserte seg på semi-strukturerte intervjuer, basert på deltakernes observasjoner og opplevelser. Deltakerne var både sykepleiere og pasienter.</p>	<p>Studien avdekket at den postoperative smertebehandlingen ble påvirket av flere faktorer. Særlig ble pasientmedvirkning trukket frem, og vurdert som manglende. Det ble samtidig avdekket et behov for å integrere pasientopplevelsen i postoperativ behandling.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den tar for seg sykepleierens rolle i smertelindring, og pasientmedvirkning.  Studien er utført på to sykehus i Skandinavia, overførbart til norske forhold.</p>
<p>Kersley, Å. R. &amp; Berterö, C. (2021). Women's Experiences of an Enhanced Recovery After Surgery Program: A Qualitative Study. <i>Nursing &amp; Health Sciences</i>, 23(1), 263-272.  <a href="https://doi.org/10.1111/nhs.12810">https://doi.org/10.1111/nhs.12810</a></p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere og beskrive hvordan kvinner som gjennomgikk abdominalkirurgi, opplevde omsorg og bedring, i et ERAS-program (Enhanced Recovery After Surgery).</p>	<p>Studien baserte seg på kvalitative intervjuer av totalt 16 kvinner i varierende alder fra 34 til 74 år. Studien ble utført på et sykehus hvor ERAS-programmet var innført.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedtemaer som gikk igjen i intervjuene, Empowerment, selv-pleie og pasientmedvirkning. Studien belyste også at viktigheten av en personsentrert tilnærming i pre og postoperativ omsorg, ble vektlagt av deltakerne.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den tar for seg pasientopplevelser i kirurgiske forløp. Studien diskuterer også temaet pasientmedvirkning.  Studien er utført i Sverige og er overførbart til norske forhold.</p>
<p>Rivard, C., Dickson, E. L., Vogel, R. I., Argenta, P. A. &amp;</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan</p>	<p>Studien er en retrospektiv studie av 112 kvinner</p>	<p>Studien avdekket at PCA + TAP - gruppen hadde</p>	<p>Artikkelen er relevant da den belyser effekten</p>

<p>Teoh, D. (2014). The Effect of Anesthesia Choice on Post-Operative Outcomes in Women Undergoing Exploratory Laparotomy for a Suspected Gynecologic Malignancy. <i>Gynecologic Oncology</i>, 133(2), 278-282.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.02.027">https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.02.027</a></p>	<p>valg av anestesi/ analgesi hos kvinner som gjennomgikk laparotomi, påvirket smertekontroll og bruk av andre smertestillende medikamenter.</p>	<p>som gjennomgikk laparotomi fra mai 2012 til januar 2013. Pasientene ble kategorisert i grupper etter hvilken analgesi de mottok. Disse gruppene var; pasientkontrollert analgesi (PCA), PCA + transversus abdominis planblokk (TAP) og pasientkontrollert epidural analgesi (PCEA).</p>	<p>minst behov for ytterligere smertestillende på postoperativ dag null, mens PCEA-gruppen hadde minst behov på dag en og to. PCEA-gruppen rapporterte samtidig generelt lavere smertescore på dag en og to.</p>	<p>og kvaliteten av epidural-smertelindring.   Studien er utført i USA, hvorvidt dette gjør studien overførbar til norske forhold er diskutert under punkt 4.5 <i>Metodediskusjon</i>.</p>
--	--	--	--	--



### 3.1 Presentasjon av resultater

#### 3.1.1 Nedtrapping og seponering av epidural-smertelindring

I en studie utført av Wranicz et al. (2014) hvor kliniske vurderinger ble gjennomført ved fem ulike norske sykehus, ble det avdekket at EDA fungerte som en effektiv metode for smertelindring hos postoperative pasienter. Studien avdekket samtidig at EDA på den andre siden, ikke smerte lindret tilstrekkelig under mobilisering av pasientene. Pasientene i studien viste også en risiko for å oppleve hyppige episoder med økt smerte. Hos mer enn 40% av pasientene forble dose-styrken av EDA uendret de første 48 postoperative timene. Totalt fikk 36% av pasientene epidural-kateteret seponert i løpet av de første 48 timene. 22% av disse pasientene fikk kateteret seponert grunnet en antagelse av at pasientene hadde lav intensitet av smerte, mens 14% grunnet utilstrekkelig smertelindring. Rivard et al. (2014) påpekte i sin studie at pasientene som mottok EDA opplyste en lavere smertescore, samt hadde mindre behov for andre smertestillende medikamenter, på postoperative dag en og dag to. Studien til Rivard et al. undersøkte samtidig effekten av epidural-smertelindring med utgangspunkt i pasientkontrollert administrering. Deres studie avdekket at pasientkontrollert EDA var assosiert med redusert bruk av andre intravenøse og perorale smertelindrende medikamenter, samt forbedret kontroll over smertelindringen og redusert antall inneliggende døgn. Rivard et al. viste videre til at bruken av epidural-smertelindring møter målet om et effektivisert forløp og raskere bedring, som er fokuset i Kersley & Berterö (2021) sin forskning på ERAS-programmet.

#### 3.1.2 Informasjon og pasientmedvirkning

Kersley & Berterö (2021) undersøkte pasienters opplevelse med ERAS-programmet. Studien avdekket at majoriteten av pasientene opplevde administrering av antikoagulerende medikamenter og observasjon av mulige infeksjonstegn etter utskrivelse, som utfordrende. De kjente på usikkerhet og følte at dette ansvaret var utenfor deres kunnskapsområde. Studien legger vekt på at pasientene hadde et behov for å delta i beslutningene som omhandlet behandlingen deres, og viktigheten av at personellet viste fleksibilitet og tillit til pasientenes egne beslutninger. De pasientene som følte at de fikk den støtten, medvirkningen og informasjonen de trengte under sykehusoppholdet, opplevde at de hadde en bedre forutsetning til å mestre en tidlig utskrivelse i dette effektiviserte forløpet. Harris et al. (2020) konkluderte i sin studie med at å i større grad involvere pasientene i forberedelser og oppfølging i et kirurgisk forløp, vil senke risikoen for postoperative komplikasjoner. Denne involveringen ville samtidig ifølge Harris et al. kunne føre til at pasientene tar mer initiativ i egen situasjon, stiller relevante spørsmål aktivt, får et bedre samarbeid med helsepersonellet og generelt et tryggere kirurgisk forløp. Harris et al. vektla også at pasientenes evne til å ta innover seg informasjonen de får fra helsepersonell kan være svekket av det å være i en sårbar situasjon og stress relatert til innleggelsen. Kersley & Berterö (2021) la også vekt på at pre operativ informasjon, kombinert med god postoperativ oppfølging hadde god innvirkning på restitusjonen i ERAS-forløpet.

Temaet informasjon, ble også belyst av Mubita et al. (2019), som viste til at flere av pasientene i deres studie følte at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om hvilken

grad av smerte som var forventet etter inngrepet. Pasientene vektla at informasjonen burde blitt gitt allerede i den pre operative fasen. Flere pasienter følte at denne utilstrekkelige informasjonen fulgte dem videre i forløpet og at det innebar at de heller ikke hadde kunnskap om hvilke bivirkninger de kunne oppleve i den postoperative smertelindringen. Mubita et al. skriver videre at det er viktig at pasientene mottar klar og detaljert informasjon om både smertelindringen og inngrepet i seg selv.

### 3.1.3 Sykepleierens kunnskap og holdninger

Fang et al. (2021) vektla sykepleierens sentrale rolle i smertelindringen. Ifølge studien kunne sykepleieren fungere som en ledende rolle, som la planen for smertelindringen, samt kunne lede opplæring av andre sykepleiere og pasientene selv. Studien viste at å innføre en sykepleier-ledet modell for smertelindring forbedret effekten og kvaliteten av den postoperative smertelindringen. En slik modell kunne også forbedre sykepleieres kunnskaper og holdninger til smertelindring. Fang et al. vektla samtidig at smertelindringen ikke burde være passiv, men at sykepleierne bør gå aktivt inn for å forhindre smerter gjennom hele det kirurgiske forløpet. Etter innføringen av den sykepleier-ledede modellen, ble det sett forbedringer på pasientenes smerteskala, samt en signifikant forbedring i andre postoperative komplikasjoner som kvalme og oppkast.

Granheim et al. (2015) skriver i sin studie at smertelindring kan være utfordrende og at det kreves oppdatert kunnskap, tilfredsstillende ferdigheter og holdninger som fremmer omsorg, tillit og en tro på det pasienten forteller, for å kunne yte god smertelindring. Studien viste at både sykepleiere og sykepleierstudenter, tok beskrivelsen av pasientenes atferd utad, med i betraktningen når de tolket pasientenes smerteopplevelse. Flere av deltakerne i studien valgte derfor å vurdere pasientene i kasuistikken som ble presentert, til å ha lavere smerte enn det pasienten selv opplyste. Bach et al. (2018) belyste også temaet rundt sykepleierens tolkning av pasientenes smerte. Studien deres viste at pasienter som opplevde smerte, ikke alltid var like verbal om smerten de kjente på, men heller viste med kroppsspråket hvordan de følte seg. Selv om mange sykepleiere tolket kroppsspråket riktig, hendte det at sykepleierne ikke tok initiativ til å gi smertestillende når pasienten unnlatte å verbalt etterspørre dette selv. Hvorvidt en pasient som ikke ba om smertestillende, fikk tilbud om ytterligere smertestilling, ble derfor opp til tolkningen og vurderingen til hver enkelt sykepleier. Bach et al. pekte samtidig på at sykepleierne ofte baserte sin vurdering av pasientens smerte på hva de observerte at pasienten klarte å utføre, i stedet for hva pasienten selv opplyste at smertenivået lå på. Dersom en pasient sa at hun hadde en smerteskala på ni, men mestret mobiliseringer, ville sykepleieren tolke dette som at pasienten kom med en overdrivelse av sin egen smerte.

## 4 Diskusjon

I dette kapittelet blir resultatet fra analysen av forskningsartiklene, drøftet sammen med teori og egne erfaringer. Dette for å kunne besvare oppgavens problemstilling, som presentert tidligere, lyder som følger:

*Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring?*

### 4.1 Et forbedret forløp

Kersley & Berterö (2021) er klar i sine argumenter, ERAS-programmet bidrar til et effektivt og kvalitet-sikkert kirurgisk forløp for pasientene. Tidlig utskrivelse fra sykehuset trenger på ingen måte å være negativt, men det forutsetter at helsepersonellet har lagt grunnarbeidet for at pasientene skal kunne klare seg godt hjemme, før de forlater avdelingen. Dette innebærer at pasientene trenger å ha mottatt den støtten, informasjon og kunnskapen de har behov for under innleggelsen. ERAS-programmet overfører mye av ansvaret for den postoperative restitusjonen fra helsepersonellet, og over til pasienten selv. Hvordan påvirker denne overføringen, pasientmedvirkningen? Selv om det kan argumenteres for at dette bidrar til økt pasientmedvirkning, avdekket Kersley & Berterö (2021) på den andre siden, at dette kunne resultere i økt usikkerhet hos pasientene som nå ble nødt til å ta kontroll over egen situasjon i større grad.

Resultater fra studien av Wranicz et al. (2014) viser at bruken av epidural-smertelindring møter målet om et effektivisert forløp og rask bedring hos pasientene. Dette samsvarer med funn fra studien til både Kersley & Berterö (2021) og Rivard et al. (2014), som også omtaler slik opioid-sparende analgesi som en sentral del av det effektiviserte ERAS-programmet. På den andre siden, hvordan påvirker dette fokuset på effektivisering, nedtrapping og seponering av EDA? Wranicz et al. (2014) diskuterer i sin studie hvor lenge pasienter har behov for å beholde den postoperative epidurale smertelindringen. Samtidig som både Wranicz et al. (2014) og Rivard et al. (2014) viser til at EDA har god effekt på smerte disse første to postoperative døgnene, poengterer Wranicz et al. at hos 36% av pasientene i studien, ble epidural-kateteret seponert allerede i løpet av de første 48 timene. Wranicz et al. skriver videre at hos mer enn 40% av deltakerne hadde imidlertid doseringen av EDA vært uendret disse 48 timene, ingen nedtrapping hadde funnet sted. Verken Wranicz et al. eller Rivard et al. viser til resultater fra senere dager, noe som kan tolkes som en svakhet ved studienes funn.

Wranicz et al. (2014) stiller videre spørsmålstegn ved hvorvidt det foreligger en generell tendens til å forkorte tiden pasienten har epidural, med håp om å redusere inneliggende døgn og fremme tidligere overgang til peroral smertelindring i stedet. Peroral smertelindring, som paracetamol og NSAID-preparater kan pasienten administrere selv og pasienten behøver dermed ikke nødvendigvis å være innlagt for smertelindring, etter denne overgangen (Berntzen et al., 2020, s. 353-361). Kan imidlertid dette økte fokuset på å effektivisere behandling og ønsket om å redusere inneliggende døgn, føre til at helsepersonell føler seg presset til å utskrive pasienten tidligere enn det som er hensiktsmessig for pasientens tilstand? Fra egen erfaring i kirurgisk praksis har jeg sett at det innad på en avdeling finnes ulike holdninger til hvor hurtig EDA skal nedtrappes og

seponeres, og noen sykepleiere kan dermed risikere å føle seg presset av andre kollegers synspunkter, til å trappe ned EDA dosen tidligere enn de selv ser som hensiktsmessig. ERAS-programmets tanke om å effektivisere det kirurgiske forløpet til pasienten, kan etter egne erfaringer, virke til å føre til et forhastet forløp, hvor det idealistiske forløpet, triumferer realiteten.

## 4.2 Sykepleierens kunnskap og holdninger til smertelindring

I det første møtet mellom en sykepleier og en pasient, ligger det som regel en gjensidig opplevelse av det å være ukjente for hverandre (Kristoffersen et al., 2017, s. 32-33). Bak det som skulle vært blanke ark, eksisterer det imidlertid holdninger og tidligere erfaringer som allerede før det første møtet, kan prege hvordan dette møtet oppleves for begge partene. Pasienten ser sykepleieren ut fra tidligere erfaringer med andre sykepleiere, mens sykepleieren ser pasienten ut fra tidligere erfaringer med andre pasienter. Sykepleieren møter da en utfordring i smertelindringen, hvordan tolker sykepleieren pasientens smerte om sykepleieren kun ser pasienten i lys av andre pasienter? Travelbee (1971, s. 43-45) satte ord på dette fenomenet og la vekt på hvilken utfordring en slik generalisert holdning mellom sykepleier og pasient ville ha på deres evne til å se forbi disse rollene, og se mennesket i hverandre.

Travelbee (1971) sin tanke om at det eksisterer en slik generalisert holdning mellom sykepleier og pasient, støttes av forskningen til Bach et al. (2018). Resultatene fra deres forskning viste at sykepleierne ofte baserte sin vurdering av pasientens smertenivå på hva de observerte at pasienten klarte å utføre, i stedet for å lytte til pasienten selv. Ifølge både Bach et al. (2018) og Granheim et al. (2015), kunne sykepleierne tolke det som at pasientene overdrev sitt smertenivå, dersom de oppgav en høy smerteskala, men samtidig mestret mobilisering. Sykepleieren bærer da trolig på en erfaring og en generalisert holdning til at pasienter som mestrer mobilisering, *ikke* er særlig smertepåvirket. Granheim et al. (2015) avdekket at flere av deltakerne i deres studie valgte å vurdere pasientene i kasuistikkene til å ha lavere smerte enn det pasienten selv opplyste. Hvordan vil en slik vurdering påvirke nedtrappingen av EDA? Fra egne erfaringer har jeg sett at pasienter som ikke blir tatt alvorlig av sykepleierne når de uttrykker sin smerteopplevelse, vil heller ikke kunne medvirke i beslutninger rundt egen behandling. Dersom sykepleieren velger å se bort fra pasientens perspektiv, og heller basere vurderinger på sykepleierens egne tolkninger og holdninger, vil pasientmedvirkningen risikere å bli forsømt.

Forskningen til Bach et al. (2018) viste samtidig at pasientene ikke alltid var verbal om smertene de kjente på, men heller viste uttrykk for smerte med kroppsspråket. Dette kunne i mobilisering vise seg ved at pasienten slepte bena med seg, eller holdt hendene der smerten var lokalisert. En slik non-verbal uttrykk av smerte, kombinert med verbal benektelse av smerte, kan for sykepleierne oppleves som inkongruent kommunikasjon og være utfordrende å tolke. Eide & Eide (2018, s. 137) skriver at dersom kommunikasjonen er inkongruent vil dette kunne føre til at partene opplever å ikke ha tillit til det hverandre forteller. En gjensidig tillit mellom pasienten og sykepleieren er en viktig forutsetning for å oppnå god smertelindring (Danielsen et al., 2020, s. 388). Derfor må sykepleieren ha tillit til det pasienten forteller, og pasienten må ha tillit til at sykepleieren ønsker å hjelpe. Ettersom at både Granheim et al. (2015) og Bach et al.

(2018) avdekket at sykepleierne baserte sine vurderinger på egne tolkninger og holdninger, kan dette føre til at en pasient som ikke aktivt ber om smertestillende, ikke blir tilbudt smertestillende av sykepleierne heller. Det er samtidig sykepleierens eget ansvar å legge grunnlaget for et godt tillitsforhold hvor partene tørr å uttrykke sin mening, og samtidig opplever å føle seg både sett og hørt.

Granheim et al. (2015) viste til at smertelindring kan være utfordrende. For å oppnå god smertelindring kreves det ikke bare oppdatert kunnskap, men også tilfredsstillende ferdigheter, holdninger som fremmer omsorg og en gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient. Wranicz et al. (2014) stilte i sin studie, spørsmålstegn ved om feilende forsøk på smertelindring ved bruk av epidural, kunne vært forhindrede med bedre oppfølging og bedre kunnskap hos personellet som deltok i behandlingen. Sykepleierens kunnskapsnivå gir også grunnlaget for å kunne yte god informasjonsformidling. Å ivareta pasientenes rettigheter knyttet til informasjon, er gjennom Lov om helsepersonell, vedtatt som en av sykepleierens plikter i behandlingen av pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §10). I studien utført av Mubita et al. (2019) opplyste pasientene derimot at de følte de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon i den pre operative fasen om hvilken grad av smerte de kunne forvente etter inngrepet. Kan mangel på informasjon og forberedelse, være en mulig årsak til at forsøk på smertelindring med epidural, har feilet?

Wranicz et al. (2014) påpekte at pasientene kunne opplevde hyppige episoder med økt smerte under oppholdet på sengepost, oftest i forbindelse med mobiliseringer. Selv om Berntzen et al. (2020, s. 361) skriver at EDA har vist god effekt på bevegelsesindusert smerte, er Wranicz et al. (2014) uenig og mener at effekten av EDA derimot ikke hadde tilstrekkelig smertelindrende effekt i mobilisering av pasientene i studien. Viser disse funnene at EDA i seg selv, svikter som smertelindring i mobilisering, eller kan dette skyldes utilstrekkelig informering og forberedelse av pasientene, før mobilisering? Harris et al. (2020) vektla at pasienters evne til å ta innover seg informasjonen de får fra helsepersonell kan være svekket av det å være i en sårbar situasjon og stress relatert til innleggelsen. Disse funnene styrker Mubita et al. (2019) sitt argument om at relevant og konkret informasjon burde gis, ikke bare i den pre operative fasen, men kontinuerlig gjennom hele forløpet.

#### 4.3 Skillet mellom ledelse og makt

Travelbee (1971, s. 43-45) legger vekt på at synet på en sykepleieres rolle kan variere fra menneske til menneske. Denne rollen kan dermed risikere å være en barriere mot å skape den mellommenneskelige kontakten, og for at kontakten skal kunne etableres, må partene mestre å se forbi hverandres roller. Sykepleieren må mestre å se pasienten som et unikt individ, med erfaringer og følelser som ikke kan ses som universelle for enhver pasient. Pasienten på sin side må mestre å se mennesket bak sykepleier-rollen, for å ikke la eventuelle tidligere negative erfaringer påvirke relasjonen. Som Travelbee (1971, s. 44-45) skriver vil sykepleierens rolle overgå når sykepleieren oppfatter hvert enkelt individ det ytes omsorg for, som et unikt menneske, og når sykepleieren selv lar seg bli kjent som et menneske av hver av disse individene. Fra egne erfaringer har jeg sett at i det sykepleieren tar seg tiden til å skape en god relasjon med pasienten, ikke bare utføre behandling på automatikk, men virkelig ser pasienten, flyter behandlingen bedre. Pasientene føler seg tryggere på å ta kontakt og være ærlig om hvordan de har det, og

sykepleieren på sin side vil lettere kunne se forbi egne ugunstige holdninger, og tolke pasientenes uttrykk bedre.

Studien som ble gjennomført av Fang et al. (2021) viste at å innføre en sykepleier-ledet modell for smertelindring, forbedret både effekten og kvaliteten av den postoperative smertelindringen. På den andre siden, kan dette fokuset på ledelse samtidig føre til forsømmelse av pasientmedvirkningen? Dersom sykepleieren velger å ta hensyn til institusjonelle forventninger, isteden for å foreta tilstrekkelige individuelle hensyn, vil dette kunne skape et ugunstig maktforhold mellom sykepleieren og pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 120-121). Tidlig nedtrapping og seponering av EDA kan være en slik institusjonell forventning. Det finnes makt som er grunnnet i gode intensjoner, men selv om intensjonen er god, trenger ikke utfallet å oppleves positivt for pasienten. Sykepleieren plikter å yte forsvarlig helsehjelp og samtidig ligger det et ansvar for å ivareta pasientens rettigheter (Helsepersonelloven, 1999, §4 & §10). I og med at Lov om pasient- og brukerrettigheter fastslår at pasientene har rett til medvirkning og informasjon plikter sykepleieren å sørge for at pasientmedvirkningen blir ivaretatt under behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1 & §3-2). Det er dermed sykepleieren eget ansvar å sørge for at ledelsen ikke går på bekostning av pasientmedvirkningen, og inkludere pasienten i beslutninger gjennom tiltak som informerte samtykker.

Hvordan kan pasientmedvirkningen ivaretas under nedtrappingen av EDA? Kersley & Berterö (2021) skrev i sin studie at pasientene utrykte at de ønsket å ta del i og være aktiv i egen behandling. Studien vektla viktigheten av å involvere pasientene gjennom hele forløpet, ved å gi informasjon og gi dem muligheten til å delta i beslutninger. Fra egne erfaringer har jeg sett at denne involveringen kan skje ved at sykepleieren informerer pasienten godt på forhånd av beslutninger, stiller åpne spørsmål og gir pasienten tiden til å svare. Dette kan være beslutninger om nedtrapping, som da skjer gjennom et informert samtykke og at sykepleieren dermed sørger for at pasientens autonomi blir ivaretatt. Harris et al. (2020) støtter et økt fokus på pasientmedvirkning og påpekte at større grad av pasientmedvirkning i forberedelser og oppfølging, ville bidra til bedre samarbeid mellom pasienter og helsepersonell. Pasienter som har tillit til personellet og som blir inkludert i beslutninger, vil ha et bedre grunnlag til å stille spørsmål og ta initiativ i egen behandling. Forberedelse av pasienter, sett i lys av egne erfaringer, kan være å gi pasienten informasjon om forventet behandlingstid med EDA og informasjon om hvordan nedtrappingen vil foregå, allerede i den pre operative fasen. Ved at sykepleieren informerer og legger til rette for pasientmedvirkning, vil sykepleieren kunne yte ledelse i smertebehandlingen, uten å risikere å danne et ugunstig maktforhold mellom seg selv og pasienten. Harris et al. (2020) konkluderer med at økt pasientmedvirkning ville gi et tryggere og bedre kirurgisk forløp.

#### 4.4 Implikasjoner for sykepleie

Denne oppgaven belyser flere implikasjoner for sykepleiefaget og dets praksis. Postoperativ smertelindring er utfordrende, og sykepleierne står i en svært viktig posisjon til å kunne påvirke utfallet av behandlingen. Funnene fra artiklene viser at sykepleierens holdninger og kunnskap til postoperativ smertelindring har betydelig innvirkning på pasientopplevelsen. Store deler av behandlingen påvirkes av hvordan sykepleieren selv tolker og vurderer situasjonen. Tematikken i denne oppgaven er svært relevant, og funnene i oppgaven er overførbare til flere problemstillinger i sykepleiefaget og aktuell i samtlige metoder for smertelindring. Oppgaven belyser flere utfordringer som sykepleieren møter i den postoperative smertelindringen og stiller seg kritisk til hvordan sykepleierne løser disse utfordringene. Særlig belyser oppgaven viktigheten av at sykepleieren er bevisst på egen rolle for å unngå å være en hindring for pasientmedvirkningen. Utfordringer som ble møtt i søkeprosessen, nærmere forklart under punkt 4.5, kan indikere at det finnes begrenset forskning på nedtrappingen av EDA og pasientopplevelsen knyttet til denne fasen. Dette viser at det er behov for ytterligere kunnskap og forskning på temaet, og at det stadig oppdages nye forbedringspotensialer i postoperativ smertelindring.

#### 4.5 Metodediskusjon

Litteraturstudium som metode egnet seg for å besvare problemstillingen da jeg gjennom litteratursøk og analyse av artiklene ble oppmerksom på andre synspunkter på temaet. Gjennom analyse av kvalitative studier ble jeg introdusert for både pasienters og sykepleierens meninger og opplevelser (Dalland, 2017, s. 52-53). Ved å fokusere på kvalitative studier ble det samtidig enklere å se helheten i postoperativ smertelindring og forstå dybden og kompleksiteten av temaet. Andre styrker ved denne oppgaven var at det gjennom søkeprosessen ble funnet flere gode, nyere treff på artikler om pasientmedvirkning og sykepleierens holdninger, samt kunnskap til smertelindring. Artiklene som ble funnet var publisert fra forholdsvis årstall 2014 til 2022. De fleste artiklene baserte seg også på forskning utført i Norge eller andre land i Europa, dette gjorde funnene enklere overførbare til norske forhold. To av artiklene omtalte imidlertid forskning som var utført utenfor Europa. Rivard et al. (2014) utførte sin forskning i USA, mens Fang et al. (2021) utførte sin forskning i Kina. Artiklene ble likevel vurdert til å være relevante for oppgaven da Rivard et al. omtaler bruk av EDA og Fang et al. omtaler sykepleier-ledelse, begge temaene var relevant for å besvare oppgavens problemstilling og hovedpunktene i studiene ble vurdert som overførbare til norske forhold. Forskningen kan samtidig brukes til inspirasjon for hvordan postoperativ smertelindring utføres i Norge.

En av svakhetene i arbeidet med oppgaven var at det opplevdes utfordrende å finne artikler som omtalte spesifikt nedtrappingsfasen av epidural-smertelindring. Dette kan tyde på at det er utført lite forskning på akkurat nedtrappingsfasen og hvordan denne fasen oppleves for pasientene og helsepersonellet. En annen svakhet ved oppgaven var at flere artikler som i første del av utvelgelsen virket som gode artikler, var mindre overførbare til norske forhold da forskningen var utført i Afrika og metoder som var brukt i behandlingen ikke var overførbare til norske forhold. Artiklene ble derfor ekskludert fra

oppgaven selv om de inneholdt gode momenter. En siste svakhet ved oppgaven var at majoriteten av artiklene som ble funnet var skrevet på engelsk og innholdet måtte dermed oversettes for å kunne benyttes i oppgaven. Oversetting av språk kan føre til at noen av momentene og presisjonen i formuleringene kan gå tapt.

#### 4.6 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg forsøkt å komme frem til et svar på problemstillingen: Hvilken betydning har sykepleierens rolle i nedtrapping av epidural-smertelindring? I forsøket har jeg imidlertid oppdaget at sykepleierens rolle er sammensatt, og har større betydning enn en først kan anta. Sykepleieren er utvilsomt i en sentral posisjon i smertelindringen, og deres forståelse av egen rolle vil kunne påvirke den sykepleien de utøver. Smertelindring handler ikke bare om å ta vare på pasienten, det handler om å samtidig tørre å utfordre egne holdninger og kunnskap til smertelindring. Sykepleie handler riktignok, slik Travelbee skrev i 1971, om å oppnå denne mellommenneskelige kontakten som fremmer tillit og trygghet. Sykepleie i nedtrapping av epidural-smertelindring er mer enn bare en individuell praktisk oppgave, det er et kontinuerlig samarbeid med pasienten gjennom hele forløpet. Funnene fra artiklene er utelukkende enige om at økt pasientmedvirkning resulterer i et tryggere og bedre forløp. Gjennom utviklingen mot et stadig mer effektivisert forløp, har sykepleieren et ansvar å sørge for at effektiviseringen, ikke går på bekostning av pasientmedvirkningen. Postoperativ smertelindring er et felt som er i stadig utvikling, og det er viktig at sykepleierne mestrer å henge med i samme tempo. Arbeidet med oppgaven har vekket nye spørsmål særlig rundt hvordan nedtrapping av EDA foregår på ulike norske sykehus, og hvorvidt forskjeller i hvordan nedtrappingen blir utført, kan ha konsekvenser for pasientens bedring.



## 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. (2020). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5.utg., s. 310-361). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg., s. 150 & s. 207). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5.utg., s. 407-408). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg., s. 136-140). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y. & Jin, J. (2021). The Effectiveness of Using a Nurse-Led Pain Relief Model for Pain Management Among Abdominal Surgical Patients: A Single-Center, Controlled Before-After Study in China. *Pain Management Nursing*, 22(2), 198-204.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K. A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N. & Haugen, A. S. (2020). Patients' and Healthcare Workers' Recommendations for A Surgical Patient Safety Checklist – A Qualitative Study. *BMC Health Services Research*. 20(43). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). *PICO*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Kersley, Å. R. & Berterö, C. (2021). Women's Experiences of an Enhanced Recovery After Surgery Program: A Qualitative Study. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 263-272. <https://doi.org/10.1111/nhs.12810>
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3. (3.utg., s. 28-33). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt F. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*. Bind 1. (3.utg., s. 120-121). Gyldendal Akademisk.
- Montgomery, R. & McNamara. 2016. Multimodal Pain Management for Enhanced Recovery: Reinforcing the Shift From Traditional Pathways Through Nurse-Led Interventions. *Aorn Journal*, 104(6), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.012>
- Mubita, W. M., Richardson, C. & Briggs, M. (2019) Patient Satisfaction with Pain Relief Following Major Abdominal Surgery is Influenced by Good Communication, Pain Relief, and Empathic Caring: A Qualitative Interview Study. *British Journal of Pain*, 14(1), 14-22. <https://doi.org/10.1177/2049463719854471>
- Nordtvedt, F. (2017). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3. (3.utg., s.173). Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, P. (2017). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2.utg., s. 98-137). Gyldendal Akademisk.
- NSD (Norsk Senter for Forskningsdata). (2022). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 10. mai 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rivard, C., Dickson, E. L., Vogel, R. I., Argenta, P. A. & Teoh, D. (2014). The Effect of Anesthesia Choice on Post-Operative Outcomes in Women Undergoing Exploratory Laparotomy for a Suspected Gyn-ecologic Malignancy. *Gynecologic Oncology*, 133(2), 278-282. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.02.027>
- Salicath, J. H., Yeoh, E. C. Y. & Bennett, M. H. (2018). Epidural analgesia versus patient-controlled intravenous analgesia for pain following intra-abdominal surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010434.pub2>
- Skaug, E.-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon*, Bind 1. (3.utg., s. 338). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. (2.utg., s.43-75) F. A. Davis Company.

Wranicz, P., Andersen, H., Nordbø, A. & Kongsgaard, U. E. (2014). Factors Influencing the Quality of Postoperative Epidural Analgesia: An Observational Multicenter Study. *Local and Regional Anesthesia*, 7(1), 39-45.  
<https://doi.org/10.2147/lra.s67153>

