

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

**En litteraturstudie om postoperativ smertelindring, fra
et sykepleierperspektiv**

**A literature review about postoperative pain relief,
from a nursing perspective**

Kandidatnr: 2516

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Antall ord: 7681

Innlevert Ålesund,

15.05.15

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens studieforskrift §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Arnhild Kongshaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 15/05-15

“The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place.”

- George Bernard Shaw

Sammendrag

Bakgrunn: 2 av 3 pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep mottar utilstrekkelig postoperativ smertelindring. Inadekvat smertelindring fører til mindre velvære, medfører negative konsekvenser for pasienten som kan forverre rekonvalesenstiden, fremmer komplikasjoner og øker risikoen for kroniske smerter. Sykepleiere er nærmest pasienten og spiller en viktig rolle i smertebehandlingen.

Hensikt: Å belyse hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiere i deres arbeid med å bidra til postoperativ smertelindring.

Metode: Systematisk litteraturstudie av 10 forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative.

Resultat: Sykepleiere har for dårlige kunnskaper og ferdigheter om smerter og smertelindring, og påvirkes av personlige holdninger og oppfatninger. Sykepleiere frykter bivirkninger og kan for lite farmakologi. Organiseringen rundt smertebehandlingen kan opptre som barrierer i smertelindringen, når det gjelder struktur av arbeidstiden og samarbeid med andre yrkesgrupper.

Konklusjon: Sykepleiere må bli mer oppmerksomme, og få større forståelse og respekt for pasientens subjektive opplevelse av smerter. Det trengs større fokus på samhandling med pasienten.

Abstract

Background: 2 of 3 patients who have recently gone through surgery receive inadequate postoperative pain relief. Inadequate pain relief leads to less well-being, entails negative consequences for the patient which may prolong recovery time, promotes complications and increases the risk of chronic pain. Because of nurses close and frequent contact with patients they play an important role in pain management.

Aim: To elucidate the factors that may affect nurses in their efforts to contribute to postoperative pain treatment.

Method: Systematic literature review of 10 research articles, both qualitative and quantitative.

Results: Nurses have poor knowledge and skills about pain and pain relief, and are affected by personal attitudes and beliefs. Nurses fear side effects and know too little about pharmacology. The organization around pain treatment can act as barriers to pain relief, in terms of structuring the work and collaboration with other professions.

Conclusion: Nurses must be more aware as well as have a greater understanding and respect for the patient's subjective experience of pain. There is a need for greater focus on interacting with the patient.

Innholdsliste

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.4.1 Faktorer	2
1.4.2 Postoperativ smertelindring	2
1.5 Avgrensninger	3
1.6 Oppbygging av oppgaven	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Hva er smerte?.....	4
2.1.1 Smertefysiologi	4
2.2 Feiloppfatninger om smerter	5
2.3 Postoperativ smerte	5
2.4 Sykepleiers ansvar og rolle i postoperativ smertelindring	5
2.5 Ulike former for postoperativ smertelindring	6
2.6 Lovverk	6
2.6.1 Helsepersonelloven	6
2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	6
2.7 Sykepleieteori.....	7
2.8 Organisatorisk kompetanse	7
3.0 Metodebeskrivelse	9
3.1 Datasamling.....	9
3.1.1 Søkestrategi og historikk	9
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.1.3 Kvalitetsbedømming	12
3.1.4 Etisk vurdering	13
3.2 Analyse.....	13
4.0 Resultat	14
4.1 Sykepleieres personlige holdninger, oppfatninger og faglige kunnskap om smerter	14
4.2 Bruken av smerteskala	15
4.3 Organisatoriske forhold – og pasientens forforståelse	16
4.3.1 Undervisning, opplæring og informasjon	16
4.3.2 Pasientens kunnskap.....	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.1 Sykepleieres kunnskap og bruk av kartleggingsverktøy	19
5.2.2 Organisatoriske forhold.....	22
6.0 Konklusjon	24
Litteraturliste	25
Vedlegg 1	28
Vedlegg litteraturmatriser 1-10:	29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Postoperative smerter er fremdeles en stor klinisk utfordring for helsepersonell. Til tross for betydelig forskning på området, enorme teknologiske fremskritt og effektive smertelindringsstrategier, viser forskning at ubehandlet postoperativ smerte fortsatt er vanlig. Studier har vist at trolig 50-75 % av kirurgiske pasienter ikke oppnår adekvat postoperativ smertelindring (Bell og Duffy 2009).

I en norsk studie av Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) om sykepleieres praksis vedrørende postoperativ smertelindring, kom det frem at forelå en dissonans mellom sykepleierens ord og handling, og at pasientene fikk en dårligere smertebehandling enn hva sykepleierne mente de ga. Den utilstrekkelige smertelindringen som ble avdekket kunne trolig skyldes mangelfulle rutinger og fravær av kunnskap om emnet. Forskningen konkluderte med at en mer aktiv tilnærming til pasienten vil kunne bidra til bedre smertelindring. Bell og Duffy (2009) presiserer at både sykepleieres og pasienters oppfatninger og holdninger om smerte, kan opptre som en barriere for god nok smertelindring.

For dårlig smertelindring postoperativt har en rekke negative ringvirkninger for pasienten, og kan forverre pasientens postoperative forløp. Dersom en pasient har sterke postoperative smerter kan det eksempelvis komplisere pasientens evne til å puste ordentlig, svekke kraften til å hoste, og således øke risikoen for både pneumoni og atelektase. De ubehandlede smertene kan også redusere pasientens mobilitet, som igjen kan føre til uønskede komplikasjoner som venetrombose, urinretensjon og tarmparalyse. Pasienter som mottar utilstrekkelig smertebehandling står også i en viss fare for å utvikle kroniske postoperative smerter. I tillegg til å påvirke pasientens velvære og livskvalitet, vil utilstrekkelig smertelindring kunne bidra til økte kostnader i helsevesenet, da problemet er en vanlig årsak til forlengede innleggelser og høye helseutgifter (Bell og Duffy 2009, Holm og Kummeneje 2009:68).

Postoperative smerter er uheldig og bør forhindres, og det bør derfor tilstrebes at pasienten skal få en god og tilstrekkelig smertelindring med så få bivirkninger som mulig.

Sykepleiere er nærmest pasienten og står i en unik posisjon til å kunne vurdere pasientens tilstand og videre bidra til en adekvat smertelindring. Det er sykepleieres ansvar å

nedlegge en innsats i den postoperative fasen slik at pasientens behov for lindring ivaretas, ved å sørge for at den mest passende smertelindringen forordnes (Holm og Kummeneje 2009:68,72, Bell og Duffy 2009).

Årsaken til at jeg valgte dette temaet for min bacheloroppgave er fordi jeg anser de ovennevnte punktene som argument for å belyse temaet fra et sykepleiefaglig ståsted. I tillegg til å ha erfaringer som pasient, ble jeg spesielt interessert i emnet etter å ha hatt 9 ukers kirurgisk praksis ved en sengepost. I denne perioden reflekterte jeg mye over hvordan sykepleiere og leger forholdt seg til pasientenes rapporterte smerter, og hvilken innsats som ble lagt i å avdekke og lindre smertene. Jeg registrerte at sykepleiere og kirurger arbeidet forskjellig, og hadde ulike rutiner og innfallsvinkler til smertelindringen. Dessverre satt jeg ofte igjen med inntrykket om at flere av pasientene ble for dårlig smertelindret. Dette gjorde meg nysgjerrig på hva det er som påvirker oss i arbeidet mot å oppnå, det som burde være, en optimal smertelindring.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å belyse hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiere i deres arbeid med å bidra til å lindre postoperative smerter, fra et sykepleieperspektiv.

1.3 Problemstilling

”Hvilke faktorer har betydning for hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertelindring?”

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Faktorer

Med faktorer mener jeg forhold eller årsaker som kan ha en innvirkning eller innflytelse på valg som tas og arbeid som blir gjort, i forbindelse med postoperativ smertelindring.

1.4.2 Postoperativ smertelindring

Begrepet omfatter medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak som har til hensikt å lindre en pasients smerter etter et kirurgisk inngrep.

1.5 Avgrensninger

Konteksten som oppgavens problemstilling skal forstås ut i fra er kirurgiske sengeposter ved sykehus, sykepleierne som jobber der og deres arbeidsoppgave vedrørende postoperativ smertelindring til voksne pasienter. Oppgaven er ikke avgrenset konkret type kirurgi, og omfatter dermed postoperativ smertelindring etter flere forskjellige typer inngrep.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven vil besvares ved en fremlagt teoridel, med pensumlitteratur og selvvalgt litteratur om emnet. Videre presenteres en metodedel, hvor jeg vil redegjøre for innsamlet forskning og analyse av funn. Avslutningsvis vil jeg drøfte resultatene, sett i lys av teorikunnskapen. Oppgaven avrundes så med en konklusjon til problemstillingen.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hva er smerte?

Smerte er en subjektiv opplevelse. Hva som er vondt for noen vil ikke nødvendigvis oppleves likt hos andre. McCaffery og Beebe (1996:16) presiserer at smerter bør forstås ut i fra et grunnleggende spørsmål om hvem det er som eier smertene. Da det er et subjektivt anliggende er svaret således at pasienten eier smertene, og hans smerteopplevelse skal derfor betraktes som en sannhet. Smerter kan forstås på denne måten: *”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.”* (McCaffery og Beebe 1996:18). Smerter er et komplekst fenomen, og bør betraktes ut i fra forskjellige perspektiver. Stubhaug og Ljoså (2008:25) henviser til International Association for the Study og Pain sin godt brukte definisjon: *”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade.”*

2.1.1 Smertefysiologi

Smerter har en alarmfunksjon og er kroppens måte å gi signaler om sykdom, fare og bevisstgjøre vevsskade. Dette er en nødvendig beskyttelsesmekanisme som mennesker er avhengige av for å kunne ta vare på sitt eget liv (Tønnessen 1996:12). Nerveceller som aktiveres av vevsskadelig stimuli, kalles nociseptorer, eller smertereseptorer. Nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner. Smerte kommer som følge av opplevelsen av nocisepsjon. Det understreker at smerter ikke nødvendigvis bare oppstår ved direkte vevsskade, men så lenge en opplever at nocisepsjon er tilstede. Ved nocisepsjon går det signaler fra skadet vev til hjernen, gjennom perifere nerver via ryggmargen til hjernen. På denne måten får hjernen beskjed, som videre skaper en ubehagelig opplevelse i form av smerter. Signaler til den sensoriske hjernebarken gjør at vi kan lokalisere smertene. Signaler til frontallappen, insula, anterior singular cortex og hippocampus, er med på å avgjøre hvorvidt vi opplever smerter, og hvor plagsom eller sterk smerten kjennes. Smerteopplevelsen avgjøres også av hva vi tenker på når nocisepsjon foregår. Tidligere erfaringer og forventninger om smerter vil kunne øke smerteintensiteten. Den subjektive opplevelsen av smerte er derfor et resultat av sensoriske og emosjonelle komponenter. Ved langvarig stimulering av nociseptorene kan en økt sensitivering oppstå. Dette kan føre til fremtidige smerter som følge av mindre eller ingen stimulering. Smertereseptorer har

derfor en såkalt hukommelse, og understreker betydningen av smertelindring (Stubhaug og Ljoså 2008:25-30).

2.2 Feiloppfatninger om smerter

Det eksisterer flere feiloppfatninger om smerter. Disse kan bidra til å tvile på mennesker som sier at de har vondt, og føre til en undervurdering og underbehandling av smertene. Eksempelvis er en vanlig feiloppfatning at smerteterskelen stiger i takt med hvor mye smerter du har opplevd, og at mennesker som har erfart mange og langvarige smertetilstander har høyere smerteterskel. En annen myte er at smerter alltid ledsages av fysiologiske, atferdsmessige og synlige tegn, og at disse indikatorene kan brukes til å avgjøre hvorvidt smertene eksisterer eller ei. Det korrekte er at et fravær av uttrykk for smerter ikke nødvendigvis betyr at smertene ikke er tilstede. Da smerteopplevelsen er individuell og vil variere fra person til person, kan heller ikke stimuli som utløser smerter hos et individ overføres og forstås i et annet individs kontekst. All ekte smerte har heller ikke alltid en fysisk identifiserbar årsak, da nesten all smerte har både mentale og fysiske komponenter. Svært få mennesker lyver om at de har vondt, og en faglig forsvarlig holdning er å tro på pasientens smerter. Det kan tenkes at mange av disse feilvurderingene gjøres på bakgrunn av at vi anser vår intuisjon og våre personlige verdier som viktige verktøy når vi skal vurdere andre sine smerter (McCaffery og Beebee 1996:17-19).

2.3 Postoperativ smerte

Postoperativ smerte er av nociseptiv art, som er en akutt smerte som oppstår pga. vevsødeleggelse (Stubhaug og Ljoså 2008:34). Postoperativ smerte kan grupperes i *grunnsmerter* og *gjennombruddssmerter*. Førstnevnte er resultatet etter skade på vev og nerver som oppstår i forbindelse med kirurgi. Gjennombruddssmertene utløses som regel av bevegelse og hoste, og medfører en ytterligere smertelindring enn grunndoseringen. Postoperative smerter kan forebygges, da de er forventet grunnet en konkret årsak (Wøien og Strand 2008:272).

2.4 Sykepleiers ansvar og rolle i postoperativ smertelindring

I følge Holm og Kummeneje (2009:72) er det sykepleierens ansvar ”å vurdere og beskrive pasientens smerter, slik at han kan få best mulig smertelindring postoperativt”.

Sykepleieren blir gitt et handlingsrom for å administrere medisiner etter pasientens behov, etter legens forordninger (Wøien og Strand 2008:277). Ved å implementere

sykepleieprosessen i den postoperative smertelindringen kan en ivareta pasientens behov på en trygg og god måte. Sykepleieprosessen beskriver en arbeidsmåte hvor en klinisk resonnerer seg frem til en problemløsning. Prosessen innbefatter fem følgende trinn; datasamling, diagnostisering, planlegging, tiltak og evaluering (Rotegård og Solhaug 2011:192). Sykepleier må iverksette en tett oppfølging av pasienten, og det vektlegges at sykepleier kommuniserer på en tydelig måte, både før og etter inngrepet, ved å informere om forløp og tilgjengelige behandlingsalternativer for smertelindring. Wøien og Strand (2008:74) presiserer ytterligere hvor viktig det er at *”pasienten informeres om at det er lettere å forebygge smerten enn å behandle eller redusere den når den er etablert”*.

2.5 Ulike former for postoperativ smertelindring

Målene for smertebehandlingen er god smertelindring, reduksjon av postoperative komplikasjoner, og raskere mobilisering (Tønnessen 1996:117). Det bør tilstrebes at pasienten har lite eller ingen smerter i hvile. En optimal smertelindring øker pasientens velvære og bedrer det kirurgiske resultatet. Det gir også mindre bivirkninger, færre komplikasjoner og reduserer sjansene for langvarige og kroniske smertetilstander. Postoperativ smertelindring kan gis medikamentelt, ved å administreres intravenøst og peroralt, eller i form av epiduralanalgesi, lokalbedøvelse eller nerveblokader. Paracetamol, NSAIDs, steroider og opioider er vanlige preparater å benytte postoperativt. Smertelindring kan også gis ikke-medikamentelt, i form av godt sengeleie, tilpasset informasjon, fred og ro, avspenning, fysioterapi, etc (Wøien og Strand 2008:271-278).

2.6 Lovverk

2.6.1 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven (1999) har som formål å bidra til kvalitet og sikkerhet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten, og tillit til helsepersonell. Helsepersonell har en plikt til å utføre arbeidet sitt i henhold til faglige forsvarlige krav, og omsorgsfull hjelp. I følge § 4 skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre dersom det er nødvendig og mulig. Om pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samhandling og samarbeid med annet kvalifisert personell.

2.6.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sitt formål er å bidra til å sikre befolkningen

helse- og omsorgsmessige rettigheter, ved å gi lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Hensikten er å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten, ved å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, menneskeverd og integritet. § 3-1 og 3-2 manifesterer pasientens rett til informasjon og medvirkning. Pasienter har en lovfestet rett til å medvirke ved valg av forsvarlige og tilgjengelige behandlings- og undersøkelsesmetoder. Tjenesten skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og det skal tillegges stor tyngde hva pasienten ønsker og mener. Pasienter har krav på å få innsikt i sin egen helsetilstand for å kunne ivareta sine rettigheter, ved å få nødvendig, tilpasset informasjon om innholdet i helsehjelpen og mulige risikoer.

2.7 Sykepleieteori

Joyce Travelbee definerer i Kirkevold (1998:113) sykepleie som:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.”

Travelbee beskriver et menneske til menneske-forhold som preges av empati, sympati og gjensidig forståelse. Hun gjør rede for at sykdom og lidelse først og fremst er subjektive opplevelser, og at individets personlige erfaringer vil føre til et eget meningsinnhold. Travelbee proklamerer at sykepleierens viktigste redskap er å skape et nært og gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient. Hun er individorientert, og vektlegger at pasientens opplevelse av lidelse og sykdom er viktigere å forholde seg til enn en objektiv vurdering av situasjonen, eller den konkrete diagnosen (Kirkevold 1998:113-127).

2.8 Organisatorisk kompetanse

Helsepersonell opplever et krav til effektivitet, og utfordres ved å skulle behandle flest mulig pasienter på kortest mulig tid. Dette vil kunne føre til konsekvenser for sykepleien som skal utøves. Antall komplekse innleggelser per sykepleier har økt, og behandlingstiden på sykehuset har gått ned. Dagens sykepleiere møter syke pasienter som trenger mer behandling, observasjon og sykepleie enn tidligere. Sykepleiere forsøker å gjøre alle til lags, ved å tilfredsstille krav fra leger, andre sykepleiere og pasienter (Wøien og Strand 2008:272, Berntzen, Danielsen og Almås 2011:370). Orvik (2004:9-23) er

opptatt av at sykepleiere må være organisasjonsmennesker. Dette for å kunne samarbeide, ta initiativ til nødvendige endringer som forbedrer pasientomsorgen, og lede pasientarbeidet. Samtidig må sykepleieren forstå sin egen rolle i helseorganisasjonen, og forstå rollekonflikter som kan oppstå pga. de motstridende mål og verdier organisasjonen har. Mye av jobben til en sykepleier er å organisere sitt eget og andres arbeid. Dette tar mye tid, og det krever en viss kompetanse. Noen sykepleiere opplever at de får mindre tid til direkte pasientkontakt, pga. ansvaret de har for å følge opp andre yrkesgruppers behandlingstiltak. Samtidig er det mye omsorg i god organisering, og sykepleiere sikrer kontinuitet i pasientforløpet ved å koordinere arbeidet rundt pasienten. Sykepleiere blir av denne grunn ofte kalt "limet i helsevesenet". Det kan oppleves utfordrende å utøve sykepleie på den måten en har lært når arbeidsplassen har andre verdier og mål. Denne bipolariteten kan være vanskelig å forene, og mange synes det er tøft å takle et slikt krysspress. Det er derfor hensiktsmessig å besitte en viss organisatorisk kompetanse, for å vite hvordan en kan mestre å kombinere disse rollene.

3.0 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgaven ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Ålesund skal utføres og besvares som en systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2013:26-28) presiserer at en systematisk litteraturstudie kan gjennomføres dersom det foreligger et rikelig antall studier av god kvalitet, som så kan utgjøre grunnlaget for videre vurderinger og konklusjoner. Videre kriterier er eksempelvis at det skal eksistere en klar søkestrategi, at problemstillingen skal være tydelig, at alle relevante studier inkluderes, at studiene kvalitetsbedømmes, og således utvelges på en konsekvent og ryddig måte ut i fra satte inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.1 Datasamling

I forbindelse med denne litteraturstudien begynte jeg høsten 2014 å orientere meg om hvordan jeg skulle besvare denne oppgaven. Jeg hadde tidlig bestemt meg for hva jeg ville skrive om, og søkte opp relevant forskning som jeg leste og hadde utbytte av. Dette både hjalp og motiverte meg til å etter hvert ta fatt på oppgaven. Jeg gledet meg til å få fordype meg i en oppgave med selvvalgt interessefelt. Jeg utarbeidet en prosjektplan, med et fokus på det aktuelle temaet og en konkret fremdriftsplan for arbeidet videre. Denne har fungert som en slags rettesnor, til tross for at jeg ikke har fulgt den slavisk og har gjort endringer underveis.

3.1.1 Søkestrategi og historikk

Jeg begynte mitt litteratursøk i januar 2015, mens jeg hadde min kirurgiske praksis. Etter den optimistiske fremdriftsplanen min skulle jeg gjøre meg ferdig med litteratursøket i denne perioden. Dette ble ikke tilfellet, da jeg opplevde at arbeidet i praksis tok det meste av tid og energi. Tankeprosessen var riktig nok i gang, og jeg startet det systematiske arbeidet med å finne relevant forskning i mars 2015. Til å begynne med gjorde jeg flere feilsøk. Jeg erfarte at det fantes mye forskning om smerte, flere tusen treff, og brukte mye tid på å bli klok på hvordan jeg skulle finne frem til den mest relevante forskningen.

Jeg forsøkte etter hvert å benytte meg av et PIO-skjema. Et PIO-skjema er en modell som kan benyttes for å få et så presist søk som mulig i henhold til en valgt problemstilling. P står for pasient eller populasjon, hvem eller hva det dreies om. I står for intervensjon og betyr hva det er med gruppen eller tiltaket en er interessert i. O står for outcome og representerer hvilket utfall eller resultat en er interessert i, om noe skal oppnås, forbedres

eller påvirkes (Forsberg og Wengstrøm 2013:70-71). Jeg fant ut at pasientgruppen eller populasjonen ville være pasienter med postoperative smerter, og at jeg var interessert i sykepleie til disse pasientene og derav smertelindring til denne gruppen. Resultatet eller utfallet jeg var interessert i angikk sykepleieres kunnskap og holdninger om dette emnet. PIO-skjemaet ble derfor seende slik ut:

P: postoperative pain/postoperativ smerte

I: nursing

O: knowledge/attitudes

Den 09/04-15 gjorde jeg et søk i databasen Cinahl Complete. Jeg søkte i fritekst, og kombinerte søkeordene oppsatt i PIO-skjemaet med AND, for å samle søkegruppene. Jeg avgrenset søket til å presentere maks 5 år gammel forskning, og la inn geografiske begrensninger. Jeg ønsket forskning fra Europa, Usa, Australia og New Zealand. I tillegg markerte jeg for fagfelleverdert forskning, for å få kvalitetssikret data. Med de nevnte avgrensningene fikk jeg 3841 treff ved å søke på ”postoperative pain”. Ved å avgrense søket ytterligere til kun voksne fikk jeg 2141 treff. Jeg inkluderte så AND ”nursing”. Dette ga meg 272 treff. Til slutt la jeg til AND ”knowledge”, og satt igjen med 36 treff. Søket ble da: ”postoperative pain” AND ”nursing” AND ”knowledge”. Jeg fant etter hvert ut at jeg hadde oppnådd et presist søk. Dette fordi at databasen presenterte forskning med det fokuset som sto i samsvar med min problemstilling. Av 36 treff ble 7 ekskludert fordi studiene inneholdt et pasient- eller pårørendeperspektiv, eller fordi studien omhandlet barn. 3 ble ekskludert fordi studiene kom fra geografiske områder jeg anså som ikke-representative for min oppgave, eksempelvis Ghana, Jordan og Sør Korea. 1 var interessant og jeg ville ha den med, men jeg fikk ikke vurdert nivå og kvalitet på artikkelen da tidsskriftet var lagt ned. Resten passet ikke inn, da de hadde feil fokus og struktur. Jeg satt til slutt igjen med 8 artikler jeg ville ta videre til kvalitetsbedømming, etter å ha lest 15 stk, både fulltext og abstract. 4 av artiklene var ikke tilgjengelig i databasen, og jeg måtte hente de ut fra databasen Science Direct.

Mitt neste søk gjorde jeg i SveMed+ den 15/04-15. Jeg søkte i fritekst, og avgrenset til maksimalt 5 år gammel forskning. I tillegg begrenset jeg søket til fagfelleverdert eller peer reviewed. Jeg benyttet meg av P i PIO-skjemaet, og søkte på ”postoperativ smerte”. Jeg fikk først 47 treff, og valgte så å avgrense til norsk fordi jeg ville ha forskning fra norsk

helsevesen. Etter dette satt jeg igjen med 12 treff. Av disse kvalitetsbedømte jeg 4. Dette pga. at de hadde åpenbart rett fokus, og relevans for utøvelsen av sykepleie. De resterende 8 ble ekskludert fordi de enten hadde fokus på barn, rusavhengige, eller anestesi under operasjon og ikke etter som er mitt fokus.

Mitt siste søk gjorde jeg i Cinahl Complete den 20/04-15. Jeg brukte de samme inklusjonskriteriene som de foregående søkene, og søkte på ”postoperative pain” AND ”nursing” AND ”attitudes”. Dette gav meg 21 treff. Jeg fikk opp mange av de samme artiklene som da jeg brukte ”knowledge”, men fant likevel en veldig relevant artikkel som jeg ville ha med. Den totale søkehistorikken ble da seende slik ut:

Dato	Søkeord	Inklusjonskriterier	Database	Antall treff	Leste artikler	Kvalitetsbedømt	Inkluderte artikler
09/04-15	Postoperative pain	x 2010-15 x Europa, Usa, Australia, NZ x peer reviewed	Cinahl Complete	3841	0	0	0
		x all adults		2141	0	0	0
	AND nursing			272	0	0	0
	AND knowledge			36	15	8	6
15/04-15	Postoperativ smerte	x 2010-15 x peer reviewed	SveMed+	47	0	0	0
		x norsk		12	4	3	3
20/04-15	Postoperative pain	x 2010-15 x Europa, Usa, Australia, NZ x peer reviewed	Cinahl Complete	3865	0	0	0
	AND nursing			275	0	0	0
	AND attitudes			35	0	0	0
		x all adults		21	3	1	1

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg bestemte meg for en rekke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Noen av de foretrukne kriteriene mine kunne jeg markere i spesifikke felt i databasene, og således sile vekk irrelevant forskning. Resten måtte jeg kontrollere selv for hvert enkelt treff.

Inklusjonskriterier:

- Fagfellevurdert/peer reviewed
- Forskning ikke eldre enn 5 år
- IMRAD-struktur
- Geografi: Europa, USA, Australia og New Zealand
- Alle voksne
- Postoperativ smertelindring fra flere felt (ortopedi, hjerte/kar, gastro, gyn, etc)
- Sykepleieperspektiv

Eksklusjonskriterier:

- Forskning som omhandler barn
- Utelukkende pårørende- og pasientperspektiv
- Land utenfor Europa, USA, Australia og New Zealand
- Palliativ pleie/terminale pasienter

3.1.3 Kvalitetsbedømming

Jeg brukte Norsk kunnskapssenter sine retningslinjer for å kvalitetsvurdere de artiklene som var relevante for min systematiske litteraturstudie. Disse retningslinjene påpeker sentrale spørsmål som kan være behjelpelig når en skal bedømme forskningen en har funnet. Disse presiserer eksempelvis om formålet er klart nok formulert, hvordan datainnsamlingen og analysen ble gjennomført, om metoden som er benyttet er god nok og hensiktsmessig, validiteten av funnene, og om resultatene er relevante nok til å kunne brukes i en gitt kontekst. I denne prosessen ekskluderte jeg to artikler da det viste seg at studiene var for små og at funnene ikke var generaliserbare.

I tillegg benyttet jeg meg av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) sine tjenester. Deres søkemotor gir muligheten til å vurdere hvilket vitenskapelig nivå artikkelens utgivelseskanal ligger på. Disse kanalene oppfyller kriterier fra Det nasjonale

publiseringsutvalget ved Universitets- og høskolerådet. Jeg søkte opp ISSN-nummeret til hver enkelt artikkel, og på denne måten kontrollerte jeg at artiklene mine var på et ønsket nivå 1 eller nivå 2.

3.1.4 Etisk vurdering

Forsberg og Wengstrøm (2013:69) presiserer betydningen av å ta etiske hensyn når en skal gjennomføre en systematisk litteraturstudie. I mine utvalgte artikler, har alle søkt og fått innvilget godkjenning fra etisk komité, enten fra det lokale sykehuset eller helseforetaket, eller fra Personvernombudet for forskning. De har også opprettholdt etiske prinsipper angående konfidensialitet og anonymisering av deltakende informanter. Flere av studiene opplyste om at de har besørget informert og skriftlig samtykke fra respondentene, og at formål og metode har blitt forklart grundig for deltakerne.

3.2 Analyse

Analyse betyr å dele opp i mindre deler. I en vitenskapelig kontekst vil analysearbeidet innebære å dele opp fenomenet en undersøker i mindre bolker, før en fordyper seg i hver enkelt del. En *syntese* vil si å sette disse delene sammen til en helhet (Forsberg og Wengstrøm 2013:166). Det er denne arbeidsmåten som ligger til grunn for analysen i denne besvarelsen. Til min litteraturstudie har jeg valgt å inkludere totalt 10 artikler, deriblant 4 kvalitative, 5 kvantitative og 1 reviewartikkel. Jeg benyttet meg av Evans (2002) sin modell for å bearbeide innsamlet data. Denne modellen består av fire punkt; å samle inn data, identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt artikkel, sammenligne nøkkelfunnene i alle artiklene og kategoriser, samle felles funn og beskrive fenomenet.

Etter å ha gjort et systematisk søk og kvalitetsbedømt de artiklene som var aktuelle, satt jeg igjen med 10 artikler jeg ville inkludere i studien. Disse leste jeg flere ganger, og gjorde meg godt kjent med innholdet i hver enkelt studie. Jeg la merke til at det var visse aspekter som gikk igjen. Etter hvert tok jeg i bruk markeringstusjer, og laget meg et fargesystem som tydeliggjorde nøkkelfunnene. Jeg markerte de ulike funnene med forskjellige farger, og dette ga meg en god oversikt av hva som var aktuelt. Jeg begynte så arbeidet med å sammenligne funnene på tvers av studiene, og organiserte funnene i dekkende kategorier etter tema. Jeg satt da igjen med tre hovedtemaer, og lagde meg en oversiktstabell hvor jeg på en ryddig måte viste hvilke artikler de ulike funnene hørte til (se vedlegg nr. 1).

4.0 Resultat

4.1 Sykepleieres personlige holdninger, oppfatninger og faglige kunnskap om smerter

Et hovedfunn i min studie omhandler sykepleieres kunnskap, oppfatninger og holdninger til smerter. Misoppfatninger om smerter og smertestillende kan være en barriere for tilstrekkelig smertebehandling, og forskningen viser at sykepleiere har for dårlige kunnskaper om smerter. Mangel på kunnskap, negative holdninger og personlige forutsetninger for å forstå en pasients smerter er en tydelig faktor som påvirker sykepleiere i postoperativ smertelindring (Sjøveian og Leegard 2012, Leegaard et al. 2011, Rognstad et al. 2012, Kiekkas et al. 2015, Vickers, Wright og Staines 2014, McNamara, Harmon og Saunders 2012, Lindberg og Engström 2011).

Et vanlig aspekt er at sykepleiere kan oppleve det som utrygt å administrere sterke smertestillende som opioider. Dette fordi de er redde for de mulige bivirkningene, som respirasjonsdepresjon, kvalme og avhengighet. Studier viser at sykepleieres farmakologiske kunnskap om medisiner og virkningsmekanismer er svak, og har et betydelig forbedringspotensial (McNamara, Harmon og Saunders 2012, Vickers, Wright og Staines 2014, Leegaard et al 2011).

Forskningen viser at sykepleiere også mangler kunnskap om eldre, og deres smertefysiologi. Alder, kultur og språk kan opptre som mulige barrierer for en optimal smertebehandling, og det foreligger generelt et fravær av forståelse for pasienters individuelle forskjeller. Sykepleiere mangler kunnskap om hvordan pasienter uttrykker smerter, eksempelvis i form av nonverbal kommunikasjon og kroppsspråk (Leegaard et al. 2011, Sjøveian og Leegard 2012, Vickers, Wright og Staines 2014).

”Jeg synes det er vanskelig med de som er unge ... Min erfaring er at de har veldig, veldig mye vondt ... Mens eldre må en ofte overbevise om at det er trygt å ta smertestillende.” (Leegaard et al. 2011).

Til tross for at forskningen viser at sykepleiere har for lav kompetanse innen smertebehandling, kommer det likevel frem i flere studier at sykepleiere anser seg som

kompetente, og mener at pasienter som oftest får god nok lindring (McNamara, Harmon og Saunders 2012, Vickers, Wright og Staines 2014, Rognstad et al. 2012).

4.2 Bruken av smerteskala

Flere av studiene belyste hvordan bruken av smerteskala kunne påvirke sykepleierne i deres tilnærming til postoperativ smertelindring. Både når det gjaldt hvordan de selv brukte den, om de i det hele tatt gjorde det, men også når det gjaldt hvorvidt pasientene forsto hvordan den skulle anvendes. Sykepleierne mente at smerteskalaer som VAS (visual analog scale) og NRS (numeric rating scale) kunne være hensiktsmessige og effektive verktøy i kartleggingen av smerter, dersom det ble gjort regelmessig, og så lenge pasientene forsto verdiene. Nytteverdien var klart best når pasientene forsto hvordan de skulle bruke skalaen. Sykepleierne presiserte derfor betydningen av å forklare skalaene for pasientene, dersom hjelpemiddelet skulle være effektivt. Forskningen understreker viktigheten av å ha en systematisk kartlegging av smerter i den postoperative fasen, og at det burde gjøres regelmessig (Sjøveian og Leegaard 2012, Leegard et al. 2011, Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein 2011, McNamara, Harmon og Saunders 2012, van Dijk et al. 2011, Lindberg og Engström 2011).

”Den er litt vanskelig for pasientene ... Og de tolker den veldig forskjellig ... Det er jo enkelte pasienter som sier rett ut at de synes det er vanskelig å gi en så konkret beskrivelse av smertene ...” (Leegaard et al. 2011).

”Nå har du klart å spise mat, nå har du klart å gå til stua ... Da tenker jeg at NRS er under 3 ... Når NRS øker fra 3 til 4 er det vanskelig for deg å sitte i ro, og ved 5 er det ordentlig ubehagelig ... Da er du virkelig urolig.” (Sjøveian og Leegaard 2012).

Flere av studiene forklarte at det var lettere for sykepleierne å anvende skalaene dersom pasienten var informert om de på forhånd, og hvis de var tatt i bruk på intensivavdelingen. Imidlertid viser forskningen at pasienter og sykepleiere tolker verdiene på smerteskalaen NRS forskjellig, og at en rigid tilnærming vil kunne føre til både over- og underbehandling

av smertene. Funnene indikerer at sykepleiere burde inkludere flere måter å avdekke smertene på (van Dijk et al. 2011, Leegaard et. al 2011, Lindberg og Engström 2011).

4.3 Organisatoriske forhold – og pasientens forforståelse

Et nøkkelfunn i min litteraturstudie var at organisatoriske forhold rundt den postoperative smertelindringen kunne være en faktor som preget sykepleieres arbeid. Tidspress, planlegging og mangelfulle rutiner rundt administreringen av smertestillende kunne påvirke hvordan den postoperative smertelindringen ble gjennomført. Forskningen viser at god organisering er en forutsetning for adekvat postoperativ smertelindring, da dette danner rammene en kan handle innenfor. Sykepleieres samarbeid med andre yrkesgrupper som kirurger og fysioterapeuter kan være en utfordring dersom det oppstår uenigheter, og betraktes som et hinder i arbeidet mot optimal smertebehandling (Sjøveian og Leegaard 2012, Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein 2011, Leegaard et al. 2011).

”Det er noen av overlegene som er av den gamle skolen og synes at, nei, en operasjon skal gjøre vondt ... Det er innimellom litt vanskelig å få gehør for å kunne gi maks smertestillende.” (Leegaard et al. 2011).

”Det er ikke alltid samsvar mellom det pasienten sier til oss og det som rapporteres på skjemaene hos fysioterapeuten (...) Og så har vi en annen opplevelse fordi vi ikke har fått noen forespørsel, eller vi har ikke forstått at pasienten har vondt.” (Sjøveian og Leegaard 2012).

4.3.1 Undervisning, opplæring og informasjon

Studier indikerer at intern opplæring og etterutdanning av helsepersonell kan ha en betydning for kunnskapsnivået og holdninger til smerter. Sykepleiere som deltar på undervisning og søker informasjon om smerter og smertelindring, besitter bedre kunnskap og større ferdigheter. Undervisning og opplæring har en positiv effekt, og øker forståelsen for smerter (Kiekkas et al. 2015, McNamara, Harmon og Saunders 2012, Vickers, Wright

og Staines 2014). Rognstad et al. (2012) forklarer at mange sykepleiere savner et bedre tilbud om årlige oppdateringer på arbeidsplassen sin.

4.3.2 Pasientens kunnskap

Studier peker på at pasienter har et stort behov for informasjon i forkant av et kirurgisk inngrep og innleggelse på sykehus, og at preoperativ informasjon kan være et hensiktsmessig tiltak for å redusere bekymringer og fremme pasientmedvirkning. Pasienter som vet hvordan de skal forholde seg til smerter og hvilke krav de kan stille til smertelindring, kan ha en innvirkning på hvordan sykepleiere prioriterer og organiserer behandlingen. Pasientens forforståelse i form av riktige og uriktige oppfatninger kan ha en innflytelse på smertebehandlingens organisatoriske struktur (Sjøveian og Leegard 2012, Sjøstedt, Hellstrøm og Stomberg 2011).

”They are anxious about how much pain there will be after their operation.”
(Sjøstedt, Hellström og Stomberg 2011).

”De sa jo at det kom til å gjøre vondt ... OK, jeg spør etter mer smertestillende.”
(Sjøveian og Leegaard 2012).

Hvorvidt pasienten besitter relevant kunnskap eller ei, kan således påvirke hvordan pasienten involverer seg i sitt eget forløp. McNamara, Harmon og Saunders (2012) og Rognstad et al. (2012) fremhevet at noen sykepleiere tolker pasientens fraværende egenrapportering om smerter som at pasienten faktisk ikke har vondt, og prioriterer høyere de pasientene som ber om smertestillende. Leegaard et al. (2011) forklarer også hvordan pasienter, ofte eldre, kan underrapportere smerter på grunn av en frykt for å bli avhengig av smertestillende.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Jeg benyttet meg av to databaser i mitt systematiske litteratursøk. De jeg valgte var jeg godt kjent med fra før av, og jeg visste hvordan jeg skulle anvende søkemotorene, i særdeleshet Cinahl Complete. Hovedsakelig ble valget av databaser gjort basert på muligheten til å gjøre et oversiktlig og ryddig søk, ved å ta i bruk tilgjengelige fasiliteter som gjorde det enklere for meg å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og dermed være systematisk. Det kan anses som en svakhet at jeg ikke brukte flere databaser. Imidlertid forsøkte jeg å anvende flere, deriblant PubMed og Science Direct, og så at jeg fikk opp mange av de samme artiklene. Jeg kunne også valgt å bruke flere søkeord. Imidlertid forsøkte jeg søkeord som ”pain management”, ”pain relief”, ”factors” og ”strategies” i kombinasjon med ”nursing”. Min erfaring er at dette ble store og upresise søk. I tillegg registrerte jeg at jeg fikk opp mange av de artiklene jeg allerede hadde funnet. Siden ”faktorer” er et element i min problemstilling, ville jeg forsøke å se om bruken av dette ordet genererte noen treff. I et søk på PubMed resulterte dette i et søk med 80 treff, der kun én artikkel så ut til å passe i mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. Da det ikke var opplyst noe om etiske hensyn i forskningen, tok jeg en vurdering på at den ikke var av god nok kvalitet. Jeg har forståelse for at bruken av søkeord som kunnskap og holdninger kan tolkes som at det foreligger en forutinntatt hypotese om hva som er faktorene, og at jeg dermed ”finner det jeg leter etter”. Dette er jeg bevisst på, men på en annen side er jeg av den oppfatning at bruken av disse ordene kan forsvares da kunnskap, eller mangel på sådan, legger grunnlaget for alt vi gjør eller ikke gjør som sykepleiere.

Jeg valgte å inkludere en artikkel som omhandlet intensivsykepleiere. Ved første vurdering resonnererte jeg meg frem til at den ikke kunne brukes, pga. at informantene var spesialsykepleiere, og dermed ikke-representative for oppgaven min som omhandler en vanlig sengepost. Imidlertid gjorde jeg etter hvert en vurdering hvor jeg landet på det motsatte. Argumentet for dette er at en ikke er låst til å jobbe på en spesialavdeling fordi en har videreutdanning. Intensivsykepleiere kan også jobbe på vanlige sengeposter, og deres ekspertise kan komme til god nytte da de har bred erfaring og mye mengdetrening vedrørende postoperativ smertelindring. Jeg betraktet artikkelen til å kunne bidra til nyansé i oppgaven.

Jeg valgte å ikke avgrense oppgaven til postoperativ smertelindring etter konkrete kirurgiske inngrep. I utgangspunktet hadde jeg tenkt til å fokusere på elektive, ortopediske operasjoner. Imidlertid erfarte jeg at denne avgrensningen gjorde det vanskelig å finne tilstrekkelig ny forskning, da utvalget ble for snevert. Jeg valgte derfor at temaet skulle være all postoperativ smertelindring, til tross for at det kan sies å være et vidt begrep. Argumentet for dette valget er at selv om det er variasjoner vedrørende operasjonsområde, om det er et lårhalsbrudd, inngrep i toraks eller gastrokirurgi, vil prinsippene for postoperativ smertelindring være de samme. Pasientene har rett på like god lindring, og sykepleiere er pliktet til å gi hensiktsmessig pleie. Jeg har heller ikke spesifisert om fokuset er elektiv eller øyeblikkelig hjelp, men dette fokuset varierer også i de forskningsartiklene jeg har valgt. Variabler vedrørende tid og forberedelser i forkant kan være av betydning, men til syvende og sist vil de samme prinsippene være utgangspunktet. Konsekvensene vil være at informasjon gis i etterkant av innleggelse istedenfor preoperativt, og at pasienten har mindre tid til å forberede seg både mentalt og praktisk. Smertelindringen vil også være mindre planlagt i forbindelse med en ø-hjelpsinnleggelse, som kan stille høyere krav til sykepleierens evne til kommunikasjon.

Da hensikten med oppgaven er å anvende resultater fra nyere forskning, valgte jeg å konsentrere meg om ikke mer enn 5 år gammel forskning. Jeg vet at det finnes mye relevant forskning som er litt eldre, 6-7 år gammel, og er bevisst på at det kunne gitt en enda bedre belysning av problemstillingen.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatet av analysen forteller at tydelige faktorer som har en innflytelse på kvaliteten av postoperativ smertelindring er sykepleieres kunnskap om smerter og smertelindring, og sykepleieres kunnskap om og evne til organisering. Følgende aspekter vil videre drøftes i lys av teorien, og utdype konsekvenser for sykepleie.

5.2.1 Sykepleieres kunnskap og bruk av kartleggingsverktøy

Forskningen viser at sykepleiere preges av misoppfatninger, har for dårlige kunnskaper og lar sine personlige meninger opptre som barrierer for adekvat postoperativ smertelindring (Sjøveian og Leegard 2012, Leegaard et al. 2011, Rognstad et al. 2012, Kiekkas et al. 2015, Vickers, Wright og Staines 2014, McNamara, Harmon og Saunders 2012, Lindberg og Engström 2011). Dette kommer frem i majoriteten av de utvalgte artiklene. Dette er

nyere forskning, men ikke en nyoppstått problemstilling. Hvorfor er vi ikke gode nok, på et område som er så viktig? Handler det om prioriteringer, lykkelig uvitenhet eller en manglende vilje til å tilegne seg ny kunnskap?

Sykepleiere er lovpålagt å holde seg faglig oppdatert og gi omsorgsfull hjelp. Det er også lovfestet at sykepleiere har ansvar for å inkludere et tverrfaglig samarbeid og involvere andre yrkesgrupper dersom pasienten har behov for det (Helsepersonelloven 1999).

Pasienter har rettigheter som omhandler helsehjelp, og har en lovfestet rett til medvirkning og informasjon. Loven beskriver hvilke privilegier og betingelser pasienter har som skal bidra til at de får de nødvendige forutsetninger til å ta vare på sitt eget liv og egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

I denne konteksten kan det tolkes som at sykepleiere er forpliktet til å besørge at pasienter får god nok smertelindring, og at de må jobbe på en måte som fører til at man oppnår det. Problemet og utfordringene oppstår dersom sykepleiere ikke er klar over at innsatsen som nedlegges ikke er tilstrekkelig. En vil trolig ikke forbedre noe en ikke er klar over er for dårlig – før en gjøres oppmerksom på det, og tror på det. Samtidig er sykepleieyrket og – utøvelsen en dynamisk affære i stadig utvikling. Dette blir vi gjort oppmerksom på under utdanning, og vi gjøres tidlig innforstått med at dette bør være en iboende tanke og innstilling vi tar med oss gjennom yrkeskarrieren. Sykepleien vi utøver skal ha en god og faglig forankring, og det er viktig at vi studerer, evaluerer og reflekterer over vår egen praksis. På denne måten kan vi sikre at våre handlinger alltid har en hensikt og kan forsvares med en faglig tyngde (Mikkelsen og Hage 2011: 260).

Et tankekors etter å ha analysert og satt sammen en syntese av forskning på emnet, er om sykepleiere oppfyller disse kravene innen området for postoperativ smertelindring. Erfarne sykepleiere rapporterte i Lindberg og Engström (2011) hvordan de prioriterte å jobbe for å oppnå en tilstrekkelig postoperativ smertelindring, da de visste hvor viktig det var. *“If the pain relief doesn’t work, I get frustrated. It is the worst mark you can get. You are not allowed to fail in that. Then I feel really bad.”* (Lindberg og Engström 2011). Riktig nok var dette intensivsykepleiere, som har lengre utdanning og som arbeider med dårligere pasienter. Sykepleiere på sengeposter med grunnutdanning har ikke samme volumet og mengdetreningen i å gi sykepleie til de aller dårligste pasientene. Forskningen viser at sykepleiere mangler kunnskap om medisiner og virkningsmekanismer, og at dette kan

gjøre at de kvier seg for å administrere opioider som morfin (McNamara, Harmon og Saunders 2012, Vickers, Wright og Staines 2014, Leegaard et al 2011). Mange er redde for bivirkningene. I tillegg til mangel på tilstrekkelig farmakologisk kunnskap, kan et ytterligere moment i denne sammenheng være at usikkerheten oppstår pga. manglende mulighet til en kontinuerlig overvåkning, da vanlige sengeposter som regel ikke har monitører en finner på intensiv- og operasjonsavdelinger (Sjøstedt, Hellström og Stomberg 2011). Likevel kan elektronisk utstyr og skop gi en falsk trygghet, og moderne utstyr verken kan eller burde erstatte det kliniske blikket. Det er riktig å ha respekt for opioider, men en overdimensjonert frykt for sjeldne bivirkninger vil gjerne føre til en underbehandling av smertene. En kommer langt med å ta sine forholdsregler, og sørge for at en observerer pasienten etterpå (Berntzen, Danielsen og Almås 2011:374).

Sykepleiere må forstå konsekvensene av underbehandling av smerter. Som tidligere redegjort medfører det ikke bare det et ubehag der og da, i tillegg til å skape et dårlig utgangspunkt for mobilisering, som er viktig for å fremme tilfriskning og motarbeide uønskede komplikasjoner. En utilstrekkelig smertelindring øker også sjansene for utvikle kroniske smerter (Stubhaug og Ljoså 2008:25-30). At sykepleiere ikke er mer redd for konsekvensene av inadekvat lindring, viser at kunnskapen om smertefysiologi er for dårlig.

Dersom vi tror vi kan handle ene og alene på bakgrunn av en objektiv vurdering av noe som bare er subjektivt, tillegger vi vår egen oppfatning og vurdering så mye verdi og tyngde at det strider mot all logisk sans. Nortvedt og Nortvedt (2001:130) proklamerer at realiteten i en smerteopplevelse ikke er etterprøvbar. Joyce Travelbee understreker at vi bør vektlegge pasientens *opplevelse* av lidelse, fremfor en objektiv vurdering av situasjonen. Dette forankrer seg i det som er selve fundamentet for smertebehandlingen, nemlig å ta pasientens smerteopplevelse på alvor (Berntzen, Danielsen og Almås 2011:371). Kiekkas et al. (2015) påpekte at sykepleiere med personlig erfaring fra postoperativ smerte har mer kunnskap om postoperativ smertelindring og større forståelse for pasientens opplevelse av smerter. Personlige erfaringer kan derfor tenkes å være et gode, så lenge det medfører en økt empati og forståelse for hvordan det er å ha vondt, og ikke setter en standard for hva som bør være forventet smerte.

Smertene kan være vanskelig å forklare, samt vanskelig å forstå. Det er derfor av betydning å ta i bruk de hjelpemidlene som finnes. Det er en viktig sykepleieoppgave å kartlegge smertene, og gi pasienten verktøy til å formidle intensiteten. Bruken av smerteskala kan være et godt redskap i dette arbeidet. For at bruken skal være hensiktsmessig må pasienten forstå poenget med den, og hvordan den skal anvendes. Sjøveian og Leegaard (2012) forklarte at sykepleierne preoperativt informerte pasientene om at målet er at NRS ikke er mer enn 3 i hvile. Da vet pasienten hvordan han skal forholde seg til det. Samtidig må det etableres en felles forståelse av hva som er 3, eller hva som er 5. Sykepleier burde kommunisere tydelig om hva som er målet med smertelindringen, og det er viktig at pasientene får beskjed om at det ikke er riktig eller ønskelig å bite i seg smerter (Berntzen, Danielsen og Almås 2011:371).

Smertelindringen må alltid evalueres, og det er sykepleiers ansvar å vurdere om behandlingen er god nok. Dersom effekt uteblir eller bivirkninger oppstår, må sykepleier samarbeide med legen som forordner medisinene. Kliniske vurderinger og dokumentasjon av disse, er særdeles viktig i et arbeid hvor en gjerne må prøve seg frem, for å finne ut hva som nytter best (ibid:379).

5.2.2 Organisatoriske forhold

Forskningen forteller noe om organisatoriske barrierer i sykepleieres arbeid med postoperativ smertelindring. Sykepleieres kunnskap om organisering, samarbeid med andre profesjoner og forhold de ikke nødvendigvis rå over kan ha en innflytelse (Sjøveian og Leegaard 2012, Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein 2011, Leegaard et al. 2011). De organisatoriske forholdene preger den praktiske hverdagen, og danner rammene en kan handle innenfor. Som sykepleierstudent blir en opplært til å være pasientens advokat, og til å hjelpe pasienten med å ivareta grunnleggende behov. Utfordringen kan være å forene pasientarbeidet med de fastsatte rammene. For å få til dette må sykepleiere ha en viss grad av organisatorisk kompetanse. På denne måten kan de sikre kontinuitet og forsvarlighet rundt pasientbehandlingen.

Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein (2011) ytrer at det bør foreligge prosedyrer for postoperativ smertelindring hos alle sykehus, og at den postoperative smertelindringen bør planlegges i forkant, der det er mulig. Dette støttes av Holm og Kummeneje (2009:168), som forklarer at smertestillende skal gis til faste tidspunkt, for å lindre postoperative

smarter og fremme mobilisering av pasienten. Å gi smertelindring først når smertene har oppstått er den dårligste måten å håndtere behandle på. Det er essensielt at gode rutiner etableres, fra både lege og sykepleier sin side. De må igjen samhandle med andre yrkesgrupper, eksempelvis fysioterapeuter, som er aktiv i behandlingen. På denne måten kan sykepleier koordinere arbeidet rundt pasienten, og sikre at smertelindring kan gis når pasienten trenger det.

Sykepleieres tendens til å bli avbrutt eller avledet i form av å få andre henvendelser og gjøremål, kan være en forklaring på at smertestillende ikke gis i tide (Berntzen, Danielsen og Almås 2011:370). Sykepleiere har mange arbeidsoppgaver og opplever ofte et tidspress. Orvik (2004:303) poengterer at sykepleiere trenger kunnskap om og øvelse i oppgavedelegering. På denne måten kan de delegerer vekk oppgaver det er faglig forsvarlig at andre kan utføre, og sånn sett strukturere arbeidstiden etter viktige prioriteringer. I Sjøveian og Leegaard (2012) opplevde sykepleierne at de ofte ikke rakk å gi smertestillende før morgenstellet, og at pasientene dermed måtte stelle seg på sengekanten, selv om målet var at de skulle mobiliseres og stelle seg på badet. Dette understreker viktigheten av rutiner, og at sykepleiere må være klar over betydningen disse. Naturligvis er det mye en ikke kan styre på en sengepost med syke og pleietrengende pasienter. Kanskje er nøkkelen å ha et avklart forhold til hvordan en forholder seg til omstendigheter en ikke rår over.

Rognstad et al. (2012) og Sjöstedt, Hellström og Stomberg (2011) belyser at flere sykepleiere ønsker mer kunnskap og informasjon om smertebehandling. Da flere savner et undervisningstilbud på arbeidsplassen sin er det nærliggende å anta at en andel av sykepleiere er klar over sine begrensninger. McNamara, Harmon og Saunders (2012) og Vickers, Wright og Staines (2014) anbefaler at forbedringer må tilrettelegges for på et organisasjonsnivå. Slike behov bør tas på alvor, og dette bør få en konsekvens for sykepleie. Intern opplæring og etterutdanning vil kunne heve kunnskapsnivået og fremme positive holdninger angående temaet. Sykepleiere behøver en endrings- og forbedringskompetanse. Helsepersonelloven (1999) stiller krav til faglig forsvarlighet, og påpeker at sykepleiere har et ansvar for å holde seg à jour. Arbeidet de skal gjøre må stå i samsvar med det de skal kunne. Dette ansvaret foreligger også på systemnivå, og medfører at ledelsen plikter å tilrettelegge for oppdatering på et organisatorisk plan (Orvik 2004:337).

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien belyser ulike faktorer som kan ha betydning for hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertelindring. De organisatoriske forholdene kan danne rammene, og påvirke hvordan en får brukt kunnskapen sin. Samtidig kan kunnskapen sykepleiere sitter inne med ha en innflytelse på hvordan en vil organisere pasientomsorgen. Hvilken kunnskap eller hvilke holdninger man har, forteller noe om hvordan en forholder seg det, og kan derfor påvirke grad av prioritering.

Dersom optimal smertelindring skal oppnås er en avhengig av at sykepleier og pasient har et konstruktivt og fruktbart samspill. Et sentralt aspekt vil være å anerkjenne og respektere viktigheten av samspillet mellom sykepleier og pasient, disse to rollene som eksisterer i et avhengighetsforhold. For at dette skal være mulig må en etablere en felles forståelse, og snakke samme språk. En pasient er avhengig av sykepleier for å få tilstrekkelig smertelindring, og en sykepleier er prisgitt pasientens tilbakemeldinger for å kunne få det til. Men da må pasienten vite hva han har å forholde seg til og hva det er vi er ute etter. Pasienten må få vite hva som er akseptabelt smertenivå, og når en burde si ifra. Det er vårt ansvar å gi pasienten disse ferdighetene. I tilfeller hvor pasienten ikke involverer seg må vi som sykepleiere vite hvordan vi kan og burde arbeide for å nå målet. Det er også vårt ansvar å sikre kontinuitet, ved å etablere gode rutiner som opprettholdes fra et vaktskift til et annet.

Sist men ikke minst må vi tro på pasienten, og ha respekt for den subjektive opplevelsen av å ha smerter. I all hovedsak er det dette det handler om. Dette kan oppnås ved å øke kunnskapsnivået, legge til side personlige oppfatninger som ikke er til pasientens favør, og aktivt jobbe for å utrydde feiloppfatninger som bidrar til undervurdering og feilbehandling. Det vil legge et godt grunnlag for god sykepleie.

Litteraturliste

- Bell, L. Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing* 18(3), s. 153-156.
- Berntzen, H. Danielsen, A. og Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H. Stubberud, DG og Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 1, 4. utgave*. (s. 355-398). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dihle, A. Bjølseth, G. Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 15(4), s. 469-479.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2), s. 22-26.
- Fredheim, OMS. Borchgrevink, PC. Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 131(18). s. 1772-1776.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013): *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur, 3. Utgave
- Helsepersonelloven. Lov av 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell.
- Holm, S og Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie, 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kiekkas, P. Gardeli, P. Bakalis, N. Stefanopoulos, N. Adamopoulou, K. Avdulla, C. Tzourala, G. Konstantinou, E. (2015). Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece. *Pain Management Nursing* 16(1), s. 2-10.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leegard, M. Husby, Y. Berge, AW. Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien Forskning* 2011 6(3), s. 254-61.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 02.07.1999 nr. 63 pasient- og brukerrettigheter.
- McCaffery, M og Beebe, A. (1996). *Smerter, lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- McNamara, MC. Harmon, D. Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing* 21(16), s. 958-964.
- Mikkelsen, J og Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie. I: Holter, IM og Mekki, TE. (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1, 4.utgave*.

- (s.247-265). Oslo: Akribe AS.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2015). *Publiseringskanaler*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. [Online]. Lastet ned den 20.03.2015, fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Nortvedt, F og Nortvedt, P. (2001). *Smerte: fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Rognstad, MK. Fredheim, OMS. Johannessen, TEB. Kvarstein, G. Skauge, M. Undall, E. Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(3), s. 545-552.
- Rotegård, AK og Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I: Holter, IM og Mekki, TE. (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (s. 190-212). Oslo: Akribe AS.
- Stubhaug, A og Ljoså, TM. (2008). Hva er smerte? I: Rustøen, T og Wahl, AK. (Red). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 22-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjöstedt, L. Hellström, R. Stomberg, MW. (2011). Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Gastroenterology Nursing* 34(5), s. 390-397.
- Sjøveian, AKH og Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien Forskning* 2012 7(4), s. 380-387.
- Lindberg, JO. Engström, Å. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management". *Pain Management Nursing* 12(3), s. 163-172.
- Tønnessen, TI. (1996). *Postoperativ smertelindring*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- van Dijk, JFM. van Wijck, AJM. Kappen, TH. Peelen, LM. Kalkman, CJ. Schuurmans, MJ. (2011). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 49(1), s. 65–71.
- Vickers, N. Wright, S. Staines, A. (2014). Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain. *British Journal of Nursing* 23(17), s. 924-929.

Wøien, H og Strand, AC. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I:
Rustøen, T og Wahl, AK. (Red). *Ulike tekster om smerte: fra
nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 271-289). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Hovedfunn/kategori:	Funn i artikler:
■ Organisatoriske forhold, og pasientens forforståelse - undervisning, opplæring og informasjon	Nr. 1, 2, 3, 9, 10 Nr. 4, 5, 6, 7
■ Bruk av smerteskala	Nr. 1, 2, 3, 6, 8, 10
■ Sykepleieres personlige holdninger, oppfatninger og faglige kunnskap om smerter	Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10

1. Sjøveian og Leegaard 2012: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?
2. Leegaard et al. 2011: Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?
3. Fredheim, Borchgrevink og Kvarstein 2011: Behandling av postoperative smerte i sykehus.
4. Rognstad et al. 2012: Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards.
5. Kiekkas et al. 2015: Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece.
6. McNamara, Harmon og Saunders 2012: Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain.
7. Vickers, Wright og Staines 2014: Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain.
8. Van Dijk et al. 2011: Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study.
9. Sjöstedt, Hellström og Stomberg 2011: Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery
10. Lindberg og Engström 2011: Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainnsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Sjøveian, AKH og Leegaard, M. (2012). <i>Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?</i></p> <p>Sykepleien Forskning 2012 7(4), s. 380-387.</p>	<p>Hensikten med denne kvalitative studien var å kartlegge hvordan sykepleierne samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandling, innen behandlingstiløpet "Joint Care", som er et akselerert pasientforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi.</p>	<p><u>Uvalg:</u> Et strategisk utvalg av informanter ble gjort i samarbeid med enhetsleder for ortopedisk sengepost, og fem sykepleiere fra et av landets helseforetak deltok i studien.</p> <p><u>Datainnsamling:</u> Kvalitativ studie. En intervjuguide ble utarbeidet, og data ble innhentet ved semistrukturerte dybdeintervjuer, gjennomført på sykepleiernes arbeidssted.</p> <p><u>Analyse:</u> Lydbåndopptak ble transkribert, og funnene sortert og gruppert i temaoverskrifter og meningsenheter, krysskontrollert av to forfattere.</p>	<p>Studien viste at mange pasienter har sterke smerter ved mobilisering andre postoperative dag, spesielt etter fjerning av det lokalbedøvende kateteret.</p> <p>Studien viste også at sykepleierne var usikre på om pasientene forsto bruken av smerteskalaer.</p> <p>Sykepleierne påpekte at det ikke forelå klare rutiner for å gi smertestillende i forkant av trening og mobilisering, og at samarbeidet mellom pasient – fysioterapeut – sykepleier kunne vært bedre. Tid og planlegging var faktorer som påvirket smertelindringen.</p> <p>De eldre pasientene var passive i rapporteringen av smerter og etterspørselen av smertestillende.</p> <p>Preoperativ undervisning om smertebehandling kunne ha en god effekt, dersom pasienten var informert om hva som er akseptabelt og forventet smertenivå.</p>	<p>Studien pekte på at misoppfatninger om smerter hos sykepleieren kunne være en barriere for effektiv smertebehandling.</p> <p>Studien belyser at akselererte pasientforløp innebærer nye roller med krav til en aktiv kunnskapsoverføring fra sykepleier til pasient.</p> <p>Kunnskap og holdninger knyttet til smertebehandling bør forbedres, for å kunne oppnå optimal smertebehandling.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainnsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Leegaard, M. Husby, Y. Berge, AW. Rustøen, T. (2011). <i>Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?</i> Sykepleien Forskning 2011 6(3), s. 254-61.</p>	<p>Hensikten med denne kvalitative studien var å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere mener de trenger for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi, og hvilke oppfatninger sykepleiere har om smerter og smertelindring generelt.</p>	<p>Utvale: 21 sykepleiere ved en hjertekirurgisk sengepost i Oslo. <u>Datainnsamling:</u> Kvalitativ studie. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide, og spørreskjemaer ble utdelt. Spørreskjemaet var utformet i tråd med Pain Belief Scale, hvor scoren kunne være fra 0-20, der høyeste verdi avdekket mest kunnskap om smerter. <u>Analyse:</u> Innholdet fra fokusgruppeintervjuene ble transkribert av en innleid transkribør, og supplert med data fra spørreskjemaene.</p>	<p>Studien viste at bruken av smerteskalaer kunne være nyttig, så lenge pasientene forsto bruken av dem. Flere mente at bruken av smerteskala fungerte godt dersom pasienten hadde kjennskap til verktøyet fra tiden på intensivavdelingen rett etter operasjonen. Sykepleierne beskrev pasientenes alder som en utfordring, da eldre er dårligere på å si i fra enn yngre, og dermed underrapporter smerter i større grad. Kultur- og språkforskjeller kunne også opptre som en barriere i smertebehandlingen. Studien viste at sykepleierne ønsket mer kunnskap om smertekartlegging, og at de trenger mer kunnskap om smertestillende medikamenter og virkningsmekanismer. Sykepleierne syns det tidvis var utfordrende å samarbeide med kirurgene, da noen hadde konservative holdninger ang. bruk av opioider.</p>	<p>Studien gir et bilde på hvilke områder sykepleiere har og trenger mer kompetanse når det gjelder smerte og smertebehandling etter hjertekirurgi.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Fredheim, OMS, Borchgrevinck, PC, Kvarstein, G. (2011). <i>Behandling av postoperative smerte i sykehus</i>. Tidsskrift for Den norske legeforening 131(18). s. 1772-1776.</p>	<p>Denne reviewartikkelen drøfter indikasjoner, kontraindikasjoner og effekt av ulike postoperative behandlingsmodaliteter.</p>	<p><u>Uvalg:</u> Nyere oversiktsartikler, metaanalyser og randomiserte studier om emnet. <u>Datainsamling:</u> Reviewartikkel. <u>Innhentet gjennom litteratursøk i PubMed, og gjennom forfatteres kjennskap til litteraturen.</u> <u>Analyse:</u> Artikkelen er gjennomgått og funnene presenteres på en systematisk, ryddig og kategorisk måte.</p>	<p>Multimodal smertelindring er nødvendig for god balanse mellom smertelindring, bivirkning og risiko. Regelmessig vurdering av smerteintensiteten er en forutsetning for effektiv smertelindring. Det er gunstig å behandle smerten så nær opprinnelsesstedet som mulig, da bevegelsesutløst smerte lindres best ved lokalanestesi.</p>	<p>Trygg og god postoperativ smertebehandling krever at sykepleiere og leger kjenner indikasjoner og kontraindikasjoner for aktuelle metoder og medikamenter, og har god overvåking med tanke på komplikasjoner og bivirkninger. En nødvendig forutsetning er at smertene systematisk evalueres og kartlegges. Det bør etableres akutt-smerte-team med særlig kompetanse innen behandling av akutt smerte og krevende smertetilstander.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Utvvalg Datainnsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Rognstad, MK. Fredheim, OMS. Johannessen, TEB. Kvarstein, G. Skauge, M. Undall, E. Rustøen, T. (2012). <i>Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards.</i> Scandinavian Journal of Caring Sciences 26(3), s. 545-552.</p>	<p>Hensikten med denne kvantitative studien var å undersøke holdninger, oppfatninger og selvrapportert kompetanse angående smertebehandling, blant sykepleiere og leger på kirurgiske avdelinger. Yrkesmessige forskjeller mellom leger og sykepleiere ble også undersøkt.</p>	<p><u>Utvvalg:</u> 128 leger og 407 sykepleiere deltok. Totalt jobbet de på 17 forskjellige kirurgiske avdelinger. Fem sykehus var utvalgt, der 4 var universitetssykehus. <u>Datainnsamling:</u> Kvantitativ studie. Deltakerne fylte ut et spørreskjema. <u>Analyse:</u> Data ble statistisk analysert ved bruk av verktøyet SPSS.</p>	<p>Hovedfunnet i denne studien var at 95 % av legene og 86 % av sykepleierne mente at pasientene på deres avdelinger oppnådde tilfredsstillende smertelindring ofte eller svært ofte. Dette er motstridende til all tidligere forskning som viser at kirurgiske pasienter opplever mye smerter, og kan være en indikasjon at helsepersonell undervurderer pasienters smerte. Studien viste også at 84 % av utvalget syns de hadde liten kompetanse i nevropatisk smertelindring, og 31 % mente de hadde liten kompetanse i behandling av nociseptive smerter, til tross for at de fleste hadde 5 års erfaring eller mer.</p>	<p>Resultatene fra denne undersøkelsen viser et behov for mer opplæring i moderne smertebehandling, inkludert ikke-farmakologiske metoder. Leger og sykepleiere bør være klar over sitt ansvar for å holde sine kunnskaper oppdatert om effektiv postoperativ smertelindring. Da 31 % av det totale utvalget rapporterte bare lav eller grunnleggende forståelse av postoperativ smertebehandling og 81 % rapporterte bare lav eller grunnleggende forståelse av nevropatisk smerte, synes det å være et behov for å forbedre grunnopplæringen og øke fokus på smertelindring blant helsepersonell på kirurgiske avdelinger.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainnsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Kiekkas, P. Gardeli, P. Bakalis, N. Stefanopoulos, N. Adamopoulou, K. Avdulla, C. Tzourala, G. Konstantinou, E. (2015). <i>Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece.</i> <i>Pain Management Nursing</i> 16(1), s. 2-10.</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke sykepleieres forutsetninger for kunnskap og holdninger til postoperativ smerte, ved en kirurgisk avdeling.</p>	<p><u>Uvalg:</u> 182 sykepleiere og hjelpepleiere ved fem greske sykehus, med et representativt utvalg av forskjellige typer kirurgiske avdelinger.</p> <p><u>Datainnsamling:</u> Kvantitativ studie. Data ble innsamlet gjennom et tredelt spørreskjema, der den ene delen baserte seg på KASPR (Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain). Deltakerne var anonyme. Analyse: Data ble statistisk analysert ved hjelp av verktøyet SPSS.</p>	<p>Studien avdekket at holdninger og kunnskap om postoperative smerter hos deltakerne ved disse greske sykehusene holdt et utilfredsstillende nivå.</p> <p>Alvorlige mangler på kunnskap og negative holdninger ble avdekket.</p> <p>Utdanningsnivået og deres egne personlige erfaringer påvirket deres forutsetninger for å forstå postoperativ smerte. Sykepleiere scoret betydelig høyere enn hjelpepleiere.</p> <p>Sykepleiere som hadde deltatt på ytterligere undervisning om smerte fikk en høyere score, og hadde mest kunnskap.</p> <p>Sykepleieres holdninger og kunnskap om postoperativ smerte kan variere ut i fra hvilken kirurgisk avdeling de jobbet på.</p>	<p>Kunnskap, holdninger og muligens fordommer mot postoperativ smerte kan variere ut ifra hvor en jobber og kvaliteten på den yrkeserfaringen en besitter.</p> <p>Det trengs mer undervisning og opplæring i hvordan en vurderer smerter, og bruk av analgetika.</p> <p>Et arbeidsmiljø som oppmuntrer aktiv og selvstendig deltakelse i smertevurdering og behandling, etterfulgt av respekt og støttende atferd av ledere, vil hjelpe sykepleiere til å sette sin kliniske kunnskap og kompetanse inn i et atferdsmønster som fremmer kvaliteten på postoperativ smertebehandling. Opplæring og undervisning bør spesialiseres ut i fra hver enkelt avdeling og dens behov.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>McNamara, MC. Harmon, D. Saunders, J. (2012). <i>Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain.</i> British Journal of Nursing 21(16), s. 958-964.</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere effekten av et undervisningsprogram om akutt smerte, for å forbedre sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger rundt postoperativ smertelindring. Vanlige myter og oppfatninger om smerter og smertestillende ble utforsket.</p>	<p>Uvalg: 59 sykepleiere som rutinemessig administrerte smertestillende, fra forskjellige avdelinger, ved et sykehus i Irland. Alle var kvinner og hadde i snitt ca. 13 års erfaring. Datainsamling: Kvantitativ studie. Deltakerne besvarte et spørreskjema før, rett etter, og 6 uker etter deltakelse på et undervisningskurs om akutt smertelindring. Analyse: Verktøyet SPSS ble brukt til å gjøre en statistisk analyse av innsamlet data.</p>	<p>Studien viste at sykepleierne trengte ytterligere opplæring i hvor ofte de burde bruke smerteskalaer i den postoperative fasen, samt hvordan de burde bruke den innhentede informasjonen. Samtidig mente 80 % at de var kompetente i å vurdere smerter, før de fikk undervisning. Studien viste at sykepleierne hadde mest problemer med å tro på at pasientene hadde smerter, når de skulle vurdere smertene, og forekomsten av avhengighet hos pasienter som mottok opioider. 64,4 % av sykepleierne mente at pleiepersonell undervurderer alvorlighetsgraden av pasienters smerter. Mange av sykepleierne opplyste at de trodde at pasienten ikke hadde vondt dersom pasienten ikke sa i fra. 64 % av deltakerne mente at NRS (numeric rating scale) var et effektivt verktøy for å vurdere smerter. Studien viste at undervisningen betydelig forbedret den riktige kunnskapen i sykepleiernes holdninger til morfin.</p>	<p>De beste resultatene ble målt rett etter deltakelsen på kurset. Samlet sett ble sykepleiernes kunnskap, ferdigheter og holdninger forbedret som følge av å delta på undervisningen om smertelindring. Studien indikerer at opplæring og undervisning må tilbys og gis jevnt og kontinuerlig, for å kunne opprettholde positive holdninger til smertelindring.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Vickers, N. Wright, S. Staines, A. (2014). <i>Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain.</i></p> <p>British Journal of Nursing 23(17), s. 924-929.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å fastslå nivå av kunnskap og holdninger til smerte hos sykepleiere på tre undervisningssykehus i Dublin. Studien utforsket kunnskap og holdninger sykepleiere har om smertebehandling.</p>	<p><u>Uvalg:</u> 94 sykepleiere som jobbet på kirurgisk avdeling.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Kvantitativ studie. En modifisert versjon av spørreundersøkelsen KASRP (Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain) ble brukt til å samle inn data.</p> <p><u>Analyse:</u> Data ble statistisk analysert ved hjelp av verktøyet SPSS.</p>	<p>Flertallet av respondentene, 75,5 %, vurderte sine kunnskaper om smerter og smertelindring til å være gode.</p> <p>Full uttelling og dermed best kunnskap på KASRP ville si 39 poeng. Av de som deltok lå gjennomsnittet på en poengsum på 67,7 %. Bare 3,2 % av respondentene kunne nok om emnet til å oppnå en poengsum på 80 % eller høyere.</p> <p>Ved å inkludere en pasients kroppsspråk, vurderte 97,7 % av delakerne pasientens smerter på rett måte når pasienten hadde typiske trekk på smerter. Bare 69,9 % av respondentene gjorde riktig vurdering når pasienten smilte og ikke viste en negativ grimase. Det var veldig få som opplyste rett dose morfin de ville gitt til pasienten, både til pasienten med grimase og til den som smilte. Sykepleierne viste særdeles dårlig kunnskap om faren for respirasjonsdepresjon ved administrering av opiat, og om faren for avhengighet. Studien avdekket dårlige farmakologiske kunnskaper.</p>	<p>Funnene i denne studien tyder på at sykepleiere har alvorlige kunnskapsmangler og feilaktige oppfatninger om smerter og smertelindring.</p> <p>Studien understreker behovet for å radikalt forbedre både teoretisk kunnskap og klinisk praksis hos sykepleiere som skal ha ansvar for pasienter med smerter.</p> <p>Identifisering av de viktigste områdene hvor det er et underskudd av kunnskap kan brukes som et rammeverk og utgangspunkt for å utvikle hensiktsmessige pedagogiske programmer, der målet vil være å bedre sykepleieres kunnskaper og holdninger om smerter. Vedvarende forbedring i smertebehandling krever endringer på organisasjonsnivå som bør innlemme en tverrfaglig samarbeid og systematisk tilnærming.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datansamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>van Dijk, JFM. van Wijck, AIM. Kappen, TH. Peelen, LM. Kalkman, CJ. Schuurmans, MJ. (2011).</p> <p><i>Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study.</i></p> <p>International Journal of Nursing Studies 49(1), s. 65–71.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsepersonell (anestesileger og sykepleiere) og pasienter tolker Numerical Rating Scale-verdier (NRS). De ville finne ut hvilke NRS-verdier som ble ansett som utholdelig smerte og uutholdelig smerte hos de forskjellige partene. Forholdet mellom NRS-verdier og Verbal Rating Scale (VRS) ble undersøkt. NRS går fra 0 – 10, og VRS har fem punkter. Ingen smerte, litt smerte, smertefullt men utholdelig, betydelige smerter og forferdelig smerte.</p>	<p><u>Uvalg</u>: Data fra 10434 elektive pasienter, 163 sykepleiere og 140 anestesileger, ved University Medical Centre og Utrecht.</p> <p><u>Datansamling</u>: Kvantitativ studie. Pasientene ble intervjuet første postoperative dag av fagfolk som ikke deltok i den postoperative smertelindringen. Helsepersonellet besvarte en spørreundersøkelse.</p> <p><u>Analyse</u>: Data ble statistisk analysert ved hjelp av verktøyet SPSS.</p>	<p>De fleste pasientene i studien anså en NRS-verdi på 4-6 som utholdelig smerte. De som jobbet nærmest pasienten vurderte NRS-verdiene likt som pasienten.</p> <p>De sykepleierne som jobbet mest med akut smerte, som også kunne mest om underbehandling av postoperativ smerte, anså NRS 3-4 som utholdelig smerte.</p> <p>Studien viser at pasienter og fagfolk kan tolke smerteskalaer forskjellig.</p>	<p>Resultatene av denne studien viser at pasienter og fagfolk har et ulikt syn på hvilke NRS-verdier som skal betraktes som utholdelig eller uutholdelig smerte. Mulige årsaker er at pasienter ikke forstår bruken av smerteskala, eller er redd for bivirkninger av smertestillende eller avhengighet.</p> <p>Studien viser at det faktisk foreligger en potensiell risiko for over- og underbehandling, dersom smertestillende administreres på en rigid måte, utelukkende på bakgrunn av NRS-verdien pasienten oppgir. Helsepersonell bør illustrere smerteskalaen bedre, og forklare hvordan en bruker verktøyet. I tillegg bør helsepersonell bli flinkere til å aktivt spørre pasienten om de kan tenke seg mer smertestillende.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Uvalg Datainnsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Sjøstedt, L. Hellström, R. Stomberg, MW. (2011). <i>Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery.</i> Gastroenterology Nursing 34(5), s. 390-397.</p>	<p>Hensikten med denne kvalitative studien var å identifisere sykepleiere og legers erfaringer av hvor mye informasjon pasienter trenger før kirurgiske inngrep.</p>	<p>Utvvalg: 39 sykepleiere (fra anestesi, operasjon og sengepost) og 10 anestesileger ved et universitetssykehus i Sverige. 50 % av sykepleierne hadde mer enn 5 års erfaring, og de resterende 50 % hadde mindre enn 5 år.</p> <p><u>Datainnsamling:</u> Kvalitativ studie. Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer ble gjennomført.</p> <p><u>Analyse:</u> Data ble tatt opp på hånd og transkribert og analysert. Funnene ble organisert og kategorisert.</p>	<p>Studien viste 4 hovedfunn vedrørende informasjon. Det forelå et behov for informasjon for å redusere angst, skape en følelse av trygghet, informere om smertelindring og tilføye kunnskap.</p> <p>Majoriteten av deltakerne så verdien av å gi skriftlig informasjon på forhånd.</p> <p>Mange av sykepleierne opplevde at de fleste pasienter er bekymret for postoperative smerter.</p> <p>Sykepleierne ved de kirurgiske sengepostene syns det var et stort problem å ikke kunne overvåke pasientene via monitorer som finnes på operasjonsstuer og intensivavd., og at det vanskeliggjør administreringen av intravenøs smertelindring.</p> <p>Mange av deltakerne mente at informasjon om forventede smerter gitt i forkant kunne redusere pasientens bekymringer, og at det er viktig å informere pasienten om den postoperative smertelindringen.</p>	<p>Sykepleiere på de ulike enhetene ville gjerne ha mer kunnskap for å kunne formidle en følelse av trygghet og sikkerhet for pasientene, ved å gi dem nøyaktig informasjon.</p> <p>Denne studien gir innsamlet og avansert kunnskap samlet fra ulike spesialiteter og utgjør grunnlaget for å produsere god tilrettelagt pasientinformasjon.</p>

Referanse	Hensikt: problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Design/metode Utvvalg Datainsamlingsmetode Analyse	Hovedfunn	Konsekvenser for praksis/ relevante funn for min litteraturstudie
<p>Lindberg, JO. Engström, Å. (2011). <i>Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"</i>. Pain Management Nursing 12(3), s. 163-172.</p>	<p>Hensikten med denne kvalitative studien var å beskrive hvordan intensivsykepleiere opplever det å vurdere og behandle smerter hos pasienter som mottar postoperativ sykepleie.</p>	<p>Utvvalg: 6 intensivsykepleiere ved en intensivavdeling på et sykehus i Nord-Sverige. Datainsamling: Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført individuelt, ved bruk av en intervjuguide.</p> <p>Analyses: Data ble tatt opp på bånd og transkribert. Hovedfunn ble identifisert og kategorisert i temaer.</p>	<p>Det gjennomgående temaet hos alle deltakerne var at et godt forhold til pasienten var en forutsetning for en vellykket postoperativ smertelindring.</p> <p>Deltakerne sa det var viktig for dem å forstå hvordan pasienten uttrykte sin smerte, og understreket hvordan de kunne jobbe dersom pasienten ikke kunne uttrykke smertene verbalt. Eksempelvis kunne uro, angst, hyperventilering, etc. ofte være tegn på smerter.</p> <p>Deltakerne synes det var lettere for pasientene å bruke VAS dersom de hadde blitt informert og opplært i bruken av smerteskalaen før operasjonen. Dersom pasientene ikke forsto VAS, måtte sykepleierne endre strategi for å få evaluert smertene, og brukte ofte beskrivelser som mild, moderat og alvorlig smerte.</p> <p>Deltakerne anså utilstrekkelig postoperativ smertelindring som å mislykkes i sitt arbeid, at det å feile på dette punktet var dårlig sykepleie.</p>	<p>Deltakerne satt postoperativ smertelindring høyt, og understreket hvor viktig det var å oppnå en vellykket, tilstrekkelig smertelindring.</p> <p>Deltakerne understreket at det finnes så mange måter å lindre smerter på, at ingen burde oppleve alvorlige smerter etter et kirurgisk inngrep.</p> <p>Sykepleierne stolte på pasienten når han/hun rapporterte smerter, og var opptatt av at smerter er en individuell opplevelse.</p> <p>Sykepleierne var liberale ved administreringen av smertestillende, og synes det var trygt å gi morfin, fordi de ga det så ofte, og visste hvilken god effekt det kunne ha.</p>