

Kandidatnr: 5284, 5201

**BSYBAC**  
**BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE**

Sykepleiers kunnskap og vurdering av postoperative smerter



**Det Helsefaglige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

Universitetet i Stavanger, 05.05.2022

**Kandidatnummere: 5284, 5201**

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

En vanlig følge av et kirurgisk inngrep er smerter. Sykepleieren skal observere, kartlegge, vurdere og behandle smerter til postoperative pasienter. Smerte er en subjektiv opplevelse, og kan dermed være utfordrende å vurdere. I tillegg er smerte et symptom, som gir viktig informasjon om pasientens tilstand. Sykepleieren har en viktig funksjon til postoperative pasienters smerte, og trenger kunnskap, erfaringer og ferdigheter for å gi god smertelindring.

### **Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere bruker sine kunnskaper om smertelindring ved vurdering av postoperativ smerte.

### **Metode**

Metoden som er benyttet i oppgaven er litteraturstudie, med en kvalitativ tilnærming på problemstillingen. Studien har inkludert tre kvalitative artikler, samt to kvantitative for å underbygge resultatene fra de kvalitative artiklene. For å besvare oppgaven har vi brukt resultatene fra forskningsartiklene, Katie Eriksson teori om pleielidelse, relevant faglitteratur og egne refleksjoner.

### **Resultater**

Resultatene trakk frem flere faktorer rundt kartlegging av postoperative smerter. Dette dreide seg om hvordan sykepleiere observerer pasienten, og betydningen av å tolke smerter. Det var viktig å forklare pasientene bruken av smertekartleggingsverktøy. Å spørre pasientene om beskrivelser gav mer informasjon, enn å spørre om et tall. Samarbeid med andre sykepleiere, profesjoner og pårørende var gode ressurser. Sykepleiere trenger kunnskap og erfaring innen postoperative smerter for å gi god smertelindring. Funn viser at kunnskaper om postoperative smerter kunne vært bedre, samt at fagutvikling anses som viktig. Både sykepleierens og pasientens holdninger har betydning i vurdering og behandling av postoperative smerter.

**Nøkkelord:** Postoperativ, smerte, kartlegging, observasjon og vurdering, sykepleie, pleielidelse, kunnskap, erfaring, holdning.

## **Innhold**

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemformulering .....	1
1.3 Hensikt.....	2
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME .....</b>	<b>3</b>
2.1 Sykepleieren møter mennesker med ulik smerteopplevelse .....	3
2.2 Sykepleiers funksjon og ansvar .....	3
2.3 Holdninger til smerte.....	4
2.4 Smertekartleggingsverktøyet NRS .....	4
2.5 Katie Erikssons teori om pleielidelse .....	4
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>6</b>
3.1 Kvalitativ versus kvantitativ metode.....	6
3.2 Litteratursøk .....	6
3.2.1 Valg av søkeord .....	6
3.2.2 Avgrensninger .....	7
3.2.3 Valg av databaser.....	7
3.2.4 Valg av artikler .....	8
3.2.5 Kildekritikk.....	8
3.3 Analyse .....	9
<b>4.0 RESULTATER.....</b>	<b>10</b>
4.1 Kartlegging.....	10
4.1.1 Observasjon, vurdering.....	10
4.1.2 Behandling og dokumentasjon .....	11
4.1.3 Kommunikasjon.....	12
4.1.4 Samarbeid .....	13
4.2 Kunnskap .....	14
4.2.1 Teoretisk kunnskap.....	14
4.2.2 Erfaringsbasert kunnskap .....	15
4.3 Holdninger.....	15
4.3.1 Sykepleiers holdninger .....	15
4.3.2 Pasientens holdninger og kunnskaper.....	16

<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>17</b>
5.1 <i>Metodediskusjon</i> .....	17
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i> .....	18
5.2.1 Kartlegging.....	18
5.2.2 Kunnskap.....	21
5.2.3 Holdninger.....	23
<b>6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS</b> .....	<b>26</b>
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>28</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	
<i>Vedlegg 1. Søkelogg</i> .....	
<i>Vedlegg 2. Litteratormatrise</i> .....	

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Å ha god kunnskap om og å kunne vurdere og behandle postoperative smerter kan være en utfordring (Berntzen & Almås et al., 2015). Dette er et tema vi finner interessant etter praksis på kirurgisk avdeling, hvor vi har fått erfaring tilknyttet tema. Smerte er subjektivt og oppleves forskjellig for alle, og kan derfor være vanskelig å måle, dermed også å vurdere. Sykepleieren har ofte ansvar for flere pasienter, og har en behandlende funksjon. Som vil si planlegging, observasjon, vurdering, gjennomføring, evaluering og dokumentasjon av utført pleie og omsorg. Sykepleieren har også en funksjon innenfor og ansvar for å assistere og gjennomføre medisinsk utredning og behandling etter forordning fra legen, samt vurdere effekten av smertebehandlingen (Nortvedt & Grønseth, 2015, s.21). Derfor er det viktig med god kunnskap om smerte, klinisk blikk, symptomer og behandling (Berntzen & Almås et al., 2015).

Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om postoperative smerter, og undersøke nærmere hvordan sykepleiere observerer og vurderer postoperative smerter. Vi ønsker å lære mer om hvordan sykepleier kan ivareta pasientens behov for smertelindring på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. I sammenheng med dette vil vi samtidig se på hvordan sykepleiere kan utvikle kunnskap og erfaringer i praksis.

### **1.2 Problemformulering**

Smerter er en vanlig komplikasjon etter operasjon. Postoperative smerter kan øke risikoen for blant annet immobilitet og forlenget sykehusopphold. Sykepleierne har en viktig oppgave i å observere, vurdere og lindre pasientens smerter etter operasjon (Berntzen & Almås et al., 2015). Sykepleiere trenger kunnskap, erfaring og ferdigheter for å kunne gi god smertelindring. Allikevel kan det oppleves utfordrende å observere og vurdere smerte, og gi god nok smertelindring. For eksempel brukes ofte NRS som et verktøy for å måle smerter fra 0-10, hvor 10 = verst tenkelig smerte. Mens hvordan den enkelte opplever eller tenker er den verste tenkelige smerte, er ganske ulikt (Berntzen & Almås et al., 2015).

Det kan være ulike faktorer som gjør at dette kan være utfordrende. Forskningen til Ræder (2011) viser at smertelindringen er utilstrekkelig hos 38% av voksne nyopererte, begrunnet med at smerte blir for dårlig registrert og dokumentert. Pasienter må observeres og stilles utforskende spørsmål, spesielt knyttet til smerte. Sykepleieren må få kartlagt årsak, intensitet, varighet og eventuelle utløsende- og lindrende faktorer (Ræder, 2011). Sykepleiere må inneha kunnskap om at smerte er et symptom, som gir viktig informasjon om pasientens tilstand. Det er viktig å undersøke årsaken, da det kan være symptom på kirurgiske komplikasjoner som for eksempel en stor blødning. En slik tilstand vil behøve annen behandling enn smertelindring, og kan føre til alvorlige følger ubehandlet, i verste fall død (Berntzen & Almås et al., 2015).

Ved å undersøke dette temaet vil en kunne bidra med kunnskap om hvordan sykepleiere observerer og vurderer postoperative smerter, og hva som bidrar til at det kan være utfordrende å gi god smertelindring.

Problemstilling som vi vil besvare i resultatene: *Hvordan bruker sykepleieren sine kunnskaper om smertelindring ved vurdering av postoperative pasienters smerter?*

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å lære og tilegne kunnskap om postoperative smerter, og hvordan sykepleieren observerer og vurderer pasientens postoperative smerter. Samtidig vil vi undersøke sykepleieres kunnskap om postoperative smerter.

## **2.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

### **2.1 Sykepleieren møter mennesker med ulik smerteopplevelse**

Smerte er en subjektiv, sammenfattet og situasjonsbetinget opplevelse. Ulike faktorer kan påvirke smerteopplevelsen, men siden smerte er personlig, er den i liten grad tilgjengelig for andres kontroll. En person kan forsøke å beskrive smertene til en annen, men ofte blir ikke beskrivelsen fullstendig, da kun den som opplever smerten vet hvordan den føles. Slik kan det for mange oppleves som en dyp ensomhet (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Mennesker har ulik smerteterskel. Noen kan synes det er naturlig å uttrykke smerte med hele seg, mens andre synes det er flaut og skjuler derfor smertene. Smerteatferd påvirkes av miljø, kultur og familie, som kan gjøre det utfordrende å vurdere graden av smerte. Pasienter blir avhengige av andres tolkning for hva som er en rimelig reaksjon på smertene, derfor er det viktig at sykepleieren innehar kunnskap om og forståelse for at det er pasientens subjektive opplevelse (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

### **2.2 Sykepleiers funksjon og ansvar**

Det stilles store krav til sykepleierens kompetanse innen observasjon, vurdering og klinisk beslutningstaking. For å kunne vurdere pasientens tilstand tas kliniske valg på bakgrunn av datainnsamling og vurdering av flere faktorer, som pasienten, tilgjengelig informasjon, miljøet rundt, arbeidsform, vitale tegn mm. Sykepleieren må også kunne vurdere dataenes pålitelighet og behovet for ytterligere datainnsamling. Kliniske tegn blir også observert av medisinsk teknisk utstyr, men vurderingsgrunnlaget bunner i sykepleieres observasjoner og sansing. Evnen til å foreta kliniske vurderinger beskrives som “kjernen” i klinisk praksis, hvor sykepleieren skal bygge på den kunnskapen som er tilgjengelig (Nortvedt & Grønseth, 2015, s.22-27).

### **2.3 Holdninger til smerte**

Det er utfordrende å måle, etterprøve og verifisere holdbarheten i pasientens smerteopplevelse, som betyr at sykepleieren aldri kan være 100% sikker. Derfor må sykepleieren akseptere at det er pasientens autoritet som er gjeldende. Sykepleieren kan gi tillit til pasienten, eller bli en barriere i smertelindringen ved å tvile på pasienten og ikke forstå smerteuttrykk (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Manglende kunnskaper hos sykepleieren om de ulike forholdene som påvirker smerteopplevelsen, kan føre til at en handler ut ifra egne erfaringer med smerte som en tenker er mer pålitelig enn pasientens opplevelse. Sykepleiere som ofte arbeider med smerteproblematikk, kan reagere mindre følsomt på pasientens lidelser. Da behovet for å forsvare seg mot lidelsen medfører at en distanserer seg. Samtidig kan sykepleierens smerteerfaring bidra til å lettere gjenkjenne tegn på smerter og øke forståelsen for pasientens smerteopplevelse (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

### **2.4 Smertekartleggingsverktøyet NRS**

NRS er et smertevurderingsskjema hvor pasienten rangerer smertene sine på en skala fra 0-10. Hvor 10 er "verst tenkelig smerte". Det er viktig med dialog rundt NRS-verdiene pasientene gir. Samtidig bør sykepleieren være bevisst sin pedagogiske funksjon, ved å informere, undervise og tilrettelegge, for at pasienten skal forstå bruken av NRS. Skal verktøyet ha noe verdi, må sykepleieren aktivt bruke det, for å kunne ha et sammenligningsgrunnlag videre. Å tillegge fysiologiske tegn og smerteatferd har størst betydning, da det viktigste er endringene en ser hos samme pasient over tid (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

### **2.5 Katie Erikssons teori om pleielidelse**

Katie Eriksson (1995, s.66) er en sykepleieteoretiker som beskriver sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse, som tre ulike former for lidelse i sykepleie. Vi har valgt å beskrive pleielidelse, da det omfatter lidelsen som pasienten opplever i selve pleien, eller ved utførelse av sykepleieren. I vår oppgave er pleielidelse spesielt knyttet opp mot sykepleierens kunnskap



om vurderinger av den postoperative pasientens smerter. Da pasienter som lider av utilstrekkelig smertelindring, blir påført pleielidelse (Eriksson, 1995, s.69-74). Hun mener at ingen sykdom eller lidelse er smertefri. Lidelse er en følge av utilstrekkelig pleie, og ikke et symptom på sykdom (Eriksson, 1995, s.69).

Pleielidelse er blitt sammenfattet til fire kategorier, hvor alle former for pleielidelse kan spores tilbake til å krenke pasientens verdighet:

- 1.krenkning av pasientens verdighet.
- 2.fordømmelse og straff.
- 3.maktutøvelse samt.
- 4.uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s.70).

Å krenke pasientens verdighet henger tett sammen med fordømmelse og straff. En misoppfatning oppstår ofte på grunn av at sykepleieren med sin autoritet skal vite hva som er riktig og galt for pasienten, men på den andre siden skal pasienten alltid ha friheten til å velge selv (Eriksson, 1995, s.70). I et smerteperspektiv kan dette gjenspeiles i et misforhold mellom pasientens opplevelse av smerteintensitet og sykepleierens oppfattelse av smertelindringsbehov. Det finnes oppfatninger og holdninger blant sykepleiere om hvordan «den perfekte» pasienten skal være. Dette fører til at de som faller utenfor denne kategorien, kan føle seg fordømt. Straff kan være å ikke gå inn til en pasient som ofte ringer med smerter, hvis sykepleieren har holdningen om at pasienten maser (Eriksson, 1995, s.73).

Det forekommer uheldig maktutøvelse i pleien, det kan skje direkte eller indirekte. Å ikke ta pasientens smerteopplevelse på alvor kan være et eksempel på uheldig maktutøvelse. Det kan føre til at pasienten føler på maktesløshet. Maktutøvelse kan være å tvinge pasienten til å utføre handlinger en egentlig ikke ønsker. Å tvinge pasienten til å gjøre ting mot sin vilje kan utspringe seg fra holdninger hos sykepleieren (Eriksson, 1995, s.73-74).

Uteblitt pleie kan ifølge Eriksson (1995) skyldes manglende egenskaper til å se og vurdere pasientens behov. Uteblitt pleie kommer i mange former, fra små feil til mer alvorlige. Eksempelvis hvis en pasient ikke blir lyttet til eller får formidlet smerten og lidelsen det fører med seg, vil pasienten bli forlatt med smerter. Pasienten blir da «straffet» i form av uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s.73-74).

## **3.0 METODE**

### **3.1 Kvalitativ versus kvantitativ metode**

En må være metodisk og følge en faglig standard i vitenskapelig arbeid for å finne frem til ny kunnskap. En metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan vi skal gå frem for å innhente, undersøke og etterprøve data og kunnskap. Det finnes ulike metoder, hvor en metode ikke nødvendigvis er bedre enn en annen. Det kommer an på ulike faktorer som ressurser, tid, perspektiv og hva en skal undersøke. Det er også mulig å bruke flere ulike metoder i samme studie (Dalland, 2017, s. 50-61). Vi skiller hovedsakelig mellom kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode innhenter og gir data i form av målbare enheter. Eksempelvis hvor stor prosent av pasientene på en avdeling føler seg smertelindret. Ved kvalitativ metode vil en ofte undersøke et fenomen, som gir oss informasjon om opplevelser, tanker og meninger, som ikke er målbart. Eksempelvis hvordan pasientene opplever omsorg i smertelindringen (Dalland, 2017, s. 50-61).

I denne integrative litteraturstudien har vi i hovedsak en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Vi ønsker å innhente data om sykepleierens opplevelser av postoperativ smertelindring, og innhente informasjon om sykepleierens kunnskaper og hvordan de vurderer pasientens smerter. Siden vi ønsker å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan måles, er kvalitativ metode beste fremgangsmåten for dette (Dalland, 2017, s.52).

### **3.2 Litteratursøk**

#### *3.2.1 Valg av søkeord*

Vi startet med et innledende søk på temaene smerte ved kreft og postoperative smerter. Hensikten med dette var å undersøke utvalget av artikler og å se hvilket fokus på temaet som var av størst interesse. Temaet postoperative smerter hadde mange artikler som framstod som relevante, og vi valgte derfor det som tema for oppgaven.

Vi avgrenset søket med noen utvalgte søkeord basert på problemformuleringen, for å finne relevante forskningsartikler. Dette innledende søket ga veldig mange treff. Vi brukte MeSH 2022 for å redusere mengden artikler, og for å spisse inn mot vår problemstilling. Dette er en

nettside for begreper og nøkkelord innen helsefag. Videre søkte vi da med søkeordene postoperative\* pain\* og nurs\*. Vi inkluderte nøkkelordene nurs\* og competence\*/clinical competence\*/professional competence\* for å få artikler som inneholdt sykepleieperspektivet. Etter dette fikk vi luket ut betydelig mange artikler, som gjorde at det ble overkommelig å undersøke overskrifter for å se hvilke vi ønsket å undersøke nærmere (se vedlegg 1).

### *3.2.2 Avgrensninger*

Vi gjennomførte innledende og systematiske søk i perioden 14.03.22-19.03.22. Vi må ha noen inklusjon- og eksklusjonskriterier for å få relevante artikler, som kan svare på problemstillingen. Vi ønsket ikke artikler eldre enn år 2011, fordi vi ønsket å inkludere mer oppdatert og relevant stoff som kan samsvare med nåtidens situasjon og kunnskap. Vi ønsket å lese artikler på norsk, engelsk, svensk og dansk, da dette er språk vi mestrer. Vi ønsket kun artikler som er fagfellevurderte, og valgte derfor å avgrense søket til dette.

Vi tok utgangspunkt i kirurgiske postoperative avdelinger med voksne pasienter. Vi har inkludert artikler fra USA og Sverige, i tillegg til norske. Da vi ønsker å sammenligne resultater fra andre land med Norge. Vi har ekskludert land med store kulturforskjeller fra Norge, som u-land. For at informasjonen og resultatene skal kunne være overførbare. Kulturforskjeller fra USA og Sverige vil muligens forekomme.

### *3.2.3 Valg av databaser*

Vi har brukt sykepleiefaglige databaser, da vi skal skrive ut fra et sykepleiefaglig perspektiv. Databaser vi gjorde søk i er Medline, Cinahl og SveMed+. Disse databasene er tilgjengelige via biblioteket til Universitetet i Stavanger (UiS) sin nettside Oria.

### *3.2.4 Valg av artikler*

Søkene ga oss flere artikler som ut i fra overskrift kunne være relevante for vår problemstilling. Når vi hadde funnet artikler vi ønsket å undersøke nærmere, leste vi sammendrag for å undersøke om dette var en artikkel vi skulle lese hele av. Da så vi på hvor studiene var utført, fordi vi anså det som viktig å ha studier med overførbarhet til det norske helsevesenet og kultur. For eksempel fant vi en artikkel som undersøkte postoperative smerter i u-land, noe som vi ikke anså som relevant å inkludere i vår oppgave. Vi undersøkte at de valgte artiklene var empiriske studier for å få ny kunnskap. Vi skal skrive ut fra et sykepleieperspektiv, og derfor trengte vi artikler med studier som fokuserte hovedsakelig på dette perspektivet. Etter å ha lest flere sammendrag og noen hele artikler, sto vi igjen med fem artikler som vi ønsker å bruke i vår litteraturstudie. Noen av artiklene har med andre profesjoners perspektiv og pasientperspektiv, men alle har minimum et sykepleieperspektiv. Vi valgte å bruke to kvantitative artikler for å kunne underbygge argumentasjon og resultater fra de kvalitative artiklene (se vedlegg 2).

### *3.2.5 Kildekritikk*

Vi har utført søk på forfatterne av valgte artikler for å kvalitetssikre at artiklene er vitenskapelige, og at forfatterne er kvalifisert. Forfatterne av artiklene er forskere, professorer, sykepleiere og lektorer med høyere utdanning. Vi anser derfor artiklene som troverdige, også fordi de følger IMRaD-modellen og fremstår som anvendbare i praksis.

### 3.3 Analyse

For å analysere resultatene i artiklene, arbeidet vi ut fra Fribergs (2017) analysemodell og lagte en integrert litteraturoversikt. Vi leste først artiklene individuelt flere ganger før vi lagte tabeller for hver artikkel med hovedkategorier og underkategorier av funnene (Friberg, 2017, s.129-138). Videre sammenfattet vi hovedkategorier og underkategorier fra alle artiklene til én tabell. Til slutt analyserte vi resultatene med utgangspunkt i tabellen, for å trekke ut data som var relevant for vår problemstilling (Friberg, 2017, s.129-138). Analysen resulterte i tre hovedkategorier med flere underkategorier (se tabell 1).

**Tabell 1**

Hovedkategorier	Underkategorier
Kartlegging	Observasjon og vurdering Behandling og dokumentasjon Kommunikasjon Samarbeid
Kunnskap	Teoretisk kunnskap Erfaringsbasert kunnskap
Holdninger	Sykepleiers holdninger Pasientens holdninger og kunnskaper

## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Kartlegging

#### 4.1.1 Observasjon, vurdering

Flere studier beskrev at observasjon, vurdering, behandling og dokumentasjon var viktige faktorer i kartlegging av smerte (Lindenskov & Bjørk, 2016; Sjøveian & Leegaard, 2012; Wikström et al. 2016).

Lindenskov og Bjørk (2016) fokuserte på pasienter med redusert evne til selvrappport, og skriver at sykepleiernes første prioritet i smerte kartleggingen var observasjon og vurdering av endringer i fysiologiske parametere (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205). Flere sykepleiere var enig i at det alltid var en sammenheng mellom smerte, stigende puls og høyt blodtrykk, utfordringen var at pasienten sjeldent kunne bekrefte smerter ved slike endringer. Samtidig var noen sykepleiere uenig i at fysiologiske parametere alene ga nok informasjon om pasientens smerte, og vurderingen måtte suppleres med å tolke smerteatferd (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205).

Sjøveian og Leegaard (2012) fant lignende resultater. Sykepleierne uttrykte at noen pasienter hadde synlige tegn på smerte, mens andre pasienter var det vanskelig å tolke smertenivået på (Sjøveian & Leegaard, 2012, s.383-385). Lignende resultater kom frem i studien til Wikström et al. (2016) hvor sykepleierne utførte observasjoner av blant annet vitale parametere, huden og bekymringer. Helsepersonell spurte etter pasientens egne beskrivelser av smerteopplevelsen og kvaliteten på smerten, spesielt ved uforventet smerte. Helsepersonell innhentet også informasjon fra pasientens smerteuttrykk. Smerte variasjoner ved hvile og aktivitet var av interesse. Det kommer også frem at manglende beskrivelser i pasientjournalen var en faktor som bidro til usikkerhet i vurderingen av smerte (Wikström et al., 2016, s.804-808). Sykepleierne i studien til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 203-205) beskriver to typer smerte. Sykepleierne innrømmet forsinkelser i kartlegging og behandling av «Den stille smerten», da pasientene ofte kunne bli oversett i avdelingen. Mens atferden til pasienter med «Den aggressive smerten» utgjorde en risiko for postoperative komplikasjoner. Sykepleierne uttrykte usikkerhet om pasienter uten evne til selvrappport var smertefrie (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205).

Flere av artiklene tar opp utfordringene og fordelene ved å bruke kartleggingsverktøyet NRS ved vurdering av smerter (Wikström et al., 2016; Sjøveian & Leegaard, 2012; Rognstad et al. 2012).

I studien til Wikström et al. (2016) var den generelle fremgangsmåten å behandle smerter på NRS score > 3. Når pasienter kunne kommunisere verbalt og hadde tolerable smerter ved høy score eller neglisjerte åpenbare smerter ved lav score, resulterte dette i usikkerhet om hvilke konklusjoner helsepersonell skulle trekke om pasientens smerteopplevelse (Wikström et al. 2016, s.804-808). Sjøveian og Leegaard (2012) viser til lignende resultater. Sykepleierne erfarte utfordringer med hvordan de skal tolke pasientens gitte NRS-verdi, men at det er et nyttig hjelpemiddel for å evaluere effekt av analgetika. En sykepleier oppfordret alltid pasienten til å beskrive smertenes karakter. Sykepleierne vurderte at NRS-verdien samsvarte med smertens styrke ved beskrivelser som “verking i såret”. Sykepleierne utførte systematiske NRS-målinger ved påfyll i LIA-kateter, mens videre i forløpet gjennomførte de det kun ved behovsmedisinering. Uansett alder var det ikke lett for pasienter å angi et tall som skal stå i relasjon til “den verst tenkelige smerte” (Sjøveian & Leegaard, 2012, s.383-385).

#### *4.1.2 Behandling og dokumentasjon*

I studien til Rognstad et al. (2012, s.549) undersøkes bruken av avspenningsteknikker som smertebehandling. Kun 9% av det totale utvalget rapporterte bruken av dette som tilfredsstillende på avdelingen. Sykepleierne i studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) nevner at når pasienten fikk kunnskap om bevegelse og riktig hvilestilling, fremmet det smertelindringen. Funn i studien til Wikström et al. (2016) viser at et søk i pasientens journal ble inkludert for å sikre trygg medisinering, men ofte var arbeidsmengden til helsepersonellet var så stor at det ikke var tid til et utvidet søk (Wikström et al., 2016, s.804-808).

Kravet til effektivitet, mange arbeidsoppgaver og uro i avdelingen blir nevnt i flere artikler, og kan minske kvaliteten på smertebehandlingen (Lindenskov & Bjørk, 2016; Wikström et al., 2016; Sjøveian & Leegaard, 2012). Studien til Wikström et al. (2016) beskriver at turnusen til helsepersonellet påvirker kontinuitet i pleien. Å ha ansvar for samme pasienter

flere dager økte sykepleierens kunnskap om pasienten, noe som hindret gjentakelse av omfattende pasientintervjuer og økte kvaliteten på informasjon ved overleveringer (Wikström et al., 2016, s.804-808). God nok tid i smertevurdering situasjonen økte sjansene for at pasientene kunne gjøre seg forstått, mens dårlig tid øker risikoen for at pasientene blir misforstått og forlatt i smerter (Wikström et al., 2016, s.806).

#### *4.1.3 Kommunikasjon*

I artikkelen til Lindenskov og Bjørk (2016, s.203-205) var pasientens manglende språk en begrensning for å vurdere om smertebehandlingen var tilfredsstillende. Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) skriver at sykepleierne ofte måtte minne pasienten om å rapportere smerter, noe Wikström et al. (2016, s.804-808) også beskriver. Helsepersonell stilte undersøkende og åpne spørsmål om pasientens opplevelse. De forsøkte å skape en relasjon når de fant ut at pasienten ikke var villig til å snakke om smertene, samt når smertescore ikke samsvarte med kliniske tegn (Wikström et al., 2016, s.804-808).

Når det var tid ble pasientens smerteopplevelser lyttet til og bekreftet med et sammendrag av pasientens svar (Wikström et al., 2016, s.804-808). Detaljerte beskrivelser av smerter og bivirkninger fremmet smertekartleggingen. Sterke uttrykk som rop og latter grunnet uutholdelig smerte gjorde vurderingen av smerte mer utfordrende. I disse tilfellene var det heller ikke alltid nødvendig å kommunisere verbalt (Wikström et al., 2016, s.804-808). Pre- og postoperative operasjons tilstander eller bivirkninger fra analgetika som førte til tretthet var en barriere for kommunikasjonen (Wikström et al., 2016, s.804-808). Lignende funn kommer også frem i studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385).

Wikström et al. (2016) fant i sin studie at å være bevisst pasientens evne til å bruke NRS resulterte i forskjellige tiltak avhengig av pasientens verbale kommunikasjonsevne (Wikström et al., 2016, s.804-808). En sykepleier i studien til Lindenskov og Bjørk (2016, s.203-205) poengterte at smerte ikke bare er ett tall, men at man må spørre pasienten om mer. En del av pasientene kunne heller ikke bruke NRS, selv om sykepleierne kunne kommunisere med dem. Hos pasienter med nedsatt kommunikasjonsevne nytter ikke ansiktsskalaen (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.204). Sjøveian og Leegaard (2012, s. 383-385) skriver at ved sterke smerter blir pasienter ukonsentrerte, som gjør det vanskelig å rangere smerten på en skala. Wikström



et al. (2016, s.806) skriver at NRS ble ekskludert når språkvansker eller tilstander som alvorlige smerter eller tretthet hindret pasienten i å uttrykke smerte med tall. Alternative skalaer ble introdusert når det ble ansett som mulig å forstå (Wikström et al., 2016, s.806). Språkbarrierer som utenlandsk språk kunne skape misforståelser grunnet minimal dialog rundt smerte og smerteskala med pasienten. Dårlig tid økte sjansen for å bruke ledende ja/nei spørsmål. Funn i studien viser at ved å spørre pasienten om når, hvor, kvalitet og følelsen, for eks. brennende eller stikkende smerte, forteller det oss mer enn et tall (Wikström et al., 2016, s.804-808).

#### *4.1.4 Samarbeid*

Flere av artiklene tar opp viktigheten av samarbeid i arbeidet rundt postoperative smerter, da sykepleierne gjør vurderinger i sammen med andre (Wikström et al., 2016; Rognstad et al., 2012; Sjøveian & Leegaard, 2012).

Artikkelen til Wikström et al. (2016, s.804-808) beskriver samarbeid mellom pleiepersonell og sykepleierne. Ved vanskeligheter i smerte behandlingssituasjoner søkte de støtte fra hverandre, samarbeidet og utvekslet kunnskap og erfaringer. Visitt og overleveringer i vaktskifte ble beskrevet som et forum for diskusjon rundt og rapportering av pasientens smerter. Ved alvorlige smerter diskuterte sykepleierne med legene (Wikström et al., 2016, s.804-808). I studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) kom det frem at sykepleierne savnet bedre dialog med fysioterapeuten, fordi sykepleierens, pasientens og fysioterapeutens oppfatning av smerteopplevelsen ikke samsvarte. Det var heller ingen klare rutiner for å gi smertestillende i hensiktsmessig tid før trening (Sjøveian & Leegaard, 2012, s.383-385).

Wikström et al. (2016, s.808) beskriver at helsepersonell konsulterte seg med eksterne omsorgsressurser. Smertespesialist ble konsultert med i utfordrende situasjoner, å kunne bistå i å vurdere alvorlige smerter (Wikström et al., 2016, s.808). Akutt-smerte sykepleiere kunne tilbringe mer tid med pasienter og dermed fungere som en andre mening ved smertevurderinger. Samtidig spille en støttende rolle i vurderingen om analgetika når det var nødvendig (Wikström et al., 2016, s.808). Sosialarbeidere ble bedt om å spille en støttende rolle ved mistanke om at psykososiale årsaker dominerte pasientens smerteopplevelse (Wikström et al., 2016, s.808) Studien til Rognstad et al. (2012) belyser at sykepleierne var mer fornøyd enn legene med å etablere en smerte kontaktperson på avdelingen, både før og

etter kontroll av år med erfaring (Rognstad et al., 2012, s.549-550). Wikström et al. (2016) skriver også i sin studie at pårørende var verdifulle i situasjoner der pasienten hadde nedsatt verbal kommunikasjon. Pårørende ble spurt om å tolke smerteuttrykk, og å huske tidligere opplevelser av pasientens smerte erfaringer om mulig (Wikström et al., 2016, s.804-808).

## **4.2 Kunnskap**

### *4.2.1 Teoretisk kunnskap*

I studien til Lindenskov og Bjørk (2016, s. 203-205) ble kunnskap, erfaring og evner til å ta raske beslutninger fremhevet for å optimalisere vurdering og behandling av smerte. Studien beskriver viktigheten av å inneha kunnskap om forhold som utløser stressrespons, virkning og bivirkninger av ulike typer analgetika og anestesimidler- og former, for å vurdere pasientens tilstand i postoperativ fase (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205) Sykepleierne mente at kunnskap og erfaring ga et utgangspunkt for å håndtere utfordrende pasientsituasjoner preget av uro og fare for komplikasjoner. En sykepleier trakk frem at det er omsorg å ha kunnskap om smerte (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205). Studien til Rognstad et al. (2012) har undersøkt sykepleieres og legers selvevaluering på kompetanse angående smertebehandling. 54% rapporterte å være kompetente i og 6% svært kompetent i å håndtere den totale smerteopplevelsen (Rognstad et al., 2012, s.549). Omtrent 56% av totalen evaluerte seg selv som kompetent, og 13% som svært kompetent i å behandle nociseptive smerter. 14% av alle deltakerne rapporterte å være kompetent, og 2% svært kompetent i å behandle nevrologiske smerter. Det var ingen statistisk betydelig forskjell mellom yrkene (Rognstad et al., 2012, s.549).

Pilotstudien til Francis og Fitzpatrick (2013) undersøker kunnskaper og holdninger til sykepleiere relatert postoperativ smerte. I studien ble blant annet år med sykepleiererfaring, år med erfaring fra avdelingen og andre avdelinger undersøkt. Gjennomsnittscore på sykepleierens kunnskap og holdninger relatert smerte var 69,3% (SD 4,9). Det var ingen betydelige forskjeller på funn mellom gjennomsnittet og demografiske variabler av sykepleier deltakerne (Francis & Fitzpatrick, 2013, s.354-356). I studien til Lindenskov og Bjørk (2016, s.203-205) ble fagutvikling og kompetansehevende tiltak fremhevet som viktig. Sykepleierne i den ene avdelingen var tilfreds med rutiner for fagutvikling, da kartlegging og behandling av

postoperative smerter var et satsingsområde i avdelingen. I den andre avdelingen ble det uttrykt behov for fagutvikling og kompetansehevende tiltak for å styrke smertebehandling i komplekse pasientsituasjoner (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.203-205). I studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) hadde noen av sykepleierne spesifikke ansvarsområder, blant annet fagutviklingsarbeid, som bidro til å skaffe flere perspektiver og dybdekunnskaper. I artikkelen til Rognstad et al. (2012, s.549-550) rapporterte 20% av det totale utvalget, de årlige oppdateringene som tilfredsstillende.

#### *4.2.2 Erfaringsbasert kunnskap*

I artikkelen til Lindenskov og Bjørk (2016, s.203-205) står det at sykepleieres tidligere erfaring med lignende pasientsituasjoner i den postoperative fasen ga et grunnlag for sammenligning i videre aktuelle pasientsituasjoner. Erfaring med ulik grad av smerte forbundet med forskjellige kirurgiske inngrep av samme karakter ble beskrevet som relevant (Lindenskov & Bjørk, 2016, s.204; Wikström et al., 2016, s.805). Erfarne sykepleiere observerte pasientens smerte ved å sanse smerten, og gjorde det uten å være klar over det. Likevel kunne usikkerhet oppstå når pasienten reagerte annerledes enn forventet, når sykepleieren hadde begrenset erfaring. Bekymring for hvordan en skulle tolke smertevurderinger, vurdere bivirkninger og risiko for skjulte komplikasjoner oppsto (Wikström et al., 2016, s.804-808).

### **4.3 Holdninger**

#### *4.3.1 Sykepleiers holdninger*

Som tidligere nevnt tar Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) opp hvordan enkelte sykepleiere erfarte utfordringer med å tro på pasientens smerteopplevelse. Sykepleierne i Wikström et al. (2016, s.804-808) ble usikre på hvilken konklusjon de skulle trekke om pasientens smerteopplevelse, dersom smertescore avvirket fra observasjon. pasienter som anga høy smertescore ble tilbudt analgetika, selv når de uttrykte at de håndterte situasjonen. Dersom pasienten nektet analgetika, ble de observert for å sikre at smertene ikke hindret bevegelse. Hvis sykepleieren anså det som nødvendig ble analgetika gitt for å utelukke smerte

(Wikström et al., 2016, s.804-808). I studien til Wikström et al. (2016, s.804-808) presenteres handlinger som å introdusere seg for pasienten, vise forståelse og empati, kan fremme pasientens evne til å snakke med sykepleieren om smerte og bruke NRS.

I studien til Rognstad et al. (2012, s.549) rapporterte 53% av totalen at pasienter ofte ber om smertestillende. 86% av sykepleierne rapporterte at pasienter ofte oppnådde tilstrekkelig smertelindring på deres avdeling. 57% av sykepleierne rapporterte at de evaluerte smerte ofte for å sikre best behandling (Rognstad et al., 2012, s.549).

#### *4.3.2 Pasientens holdninger og kunnskaper*

Sykepleiere i studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.384) erfarte at de fleste pasientene var aktive i å rapportere smerter og be om smertestillende, spesielt før trening. Dette trakk sykepleierne frem som en konsekvens av preoperativ undervisning. Kunnskapen pasientene fikk preoperativt fremmet smertelindringen postoperativt (Sjøveian & Leegaard, 2012, s.383-385). Helsepersonell i studien til Wikström et al. (2016) informerte pasientene om viktigheten av å rapportere smerter, og det ble forsøkt å fastslå pasientens forståelse av NRS ved å gi tilleggsinformasjon (Wikström et al., 2016, s.804-808). Noen sykepleiere i studien til Sjøveian og Leegaard (2012, s.383-385) rapporterte at pasienter over 65 år ofte var tilbakeholdne med å rapportere smerter, og å be om smertestillende, så sykepleieren måtte ofte minne pasienter på dette. En sykepleier fortalte at pasientens tilbakeholdenhet kan knyttes til en misoppfatning av å ikke skulle be om mer enn sine faste medisiner (Sjøveian & Leegaard, 2012, s.383-385).

Funn i Wikström et al. (2016) sin studie viser at noen pasienter hadde mistillit til analgetika, grunnet tidligere, eller nylig erfaring med bruk av opioider. Andre bekymringer, som frykt for å bli sett på som svak eller å bry helsepersonell, samt å ofte måtte repetere smertevurderinger, forårsaket manglende vilje hos pasienter til å snakke om smerte. Unødvendige misforståelser kunne oppstå som en konsekvens av dette (Wikström et al., 2016, s.804-808).

## 5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet består av to deler. I metodediskusjonen drøftes valgt metode. I resultatdiskusjonen har vi valgt ut enkelte funn fra resultatkapittelet, som drøftes sammen med relevant teori.

### 5.1 Metodediskusjon

I bacheloroppgaven har vi utført en litteraturstudie. Tidsrammen er 8 uker, slik at andre typer studier ville mest sannsynligvis vært for tidkrevende. Det hadde muligens også krevd høyere utdanning. Allikevel har studien gitt oss relevante og overførbare resultater, som kan gi svar på problemstillingen. Vi valgte i hovedsak en kvalitativ tilnærming, noe vi er fornøyde med i etterkant. Det gav oss muligheten til å utforske problemstillingen vår på et dypere nivå, enn hva en kvantitativ tilnærming ville gjort. Vi har allikevel inkludert to kvantitative studier, for å kunne underbygge funn i de kvalitative studiene. Alle artiklene inneholder sykepleieperspektivet, noen inkluderer også lege- og pasientperspektivet, som kan gi en bredere presentasjon av tema.

Som nevnt i metodekapittelet har vi utført kvalitetssjekk på forfatterne, i tillegg til å sjekke at artiklene er fagfelleverderte. Vi er bevisst at det kan finnes usikkerhetskomponenter, samt at noe kan ha blitt tapt i oversettelsen når vi har analysert artikler på engelsk.

Informasjon fra de kvantitative studiene har vi brukt for å sammenligne funn fra de kvalitative. Vi har vært kritiske til Francis & Fitzpatrick (2013) pilotstudie, da disse funnene baseres på få avdelinger og deltakere, med svarprosent på 51,6%, som gir begrenset resultater. I sammendraget så pilotstudien ut til å inneholde resultater relatert til problemstillingen. Når vi begynte analysen vår, så vi at studiens resultater ikke kom tydelig frem. Den inneholdt demografi og inkluderte bare 1 tabell. Samlet sett begrenser dette overførbareheten i praksis. Studien kom frem til at det ikke var noe betydelig forskjell i demografiske variabler (utdanning, erfaring mm.), som kan tyde på at sykepleiere har behov for mer kunnskap og erfaring relatert tema.

Tre av studiene er utført i Norge, som vil gjøre funnene relevante for norske forhold. Vi har en artikkel fra Sverige, begrunnet med å ha overføringsverdi da det er innenfor Skandinavia, som har mye lik kultur og oppbygging av helsevesen. En studie er utført i USA, som kan

tenkes å ha noe ulik kultur og helsevesen. Likevel valgte vi å inkludere den, da USA er innenfor vestlig kultur.

Etiske forhold er ivaretatt i studiene, da artiklene er fagfellevurdert og følger IMRaD-modellen, hvor metodekapittelet inneholder et eget avsnitt om etiske overveielser.

Kvalitative studier ga dybdeinformasjon om sykepleieres kunnskaper om vurdering til postoperative pasienter. Dette har gitt oss et bredere bilde på hvor omfattende smertevurderinger er. Det stilles høye krav til kunnskapsnivået hos sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen.

Analysen er nøye gjennomført. Vi analyserte artiklene og arbeidet vårt flere ganger. Vi kom frem til nye hovedkategorier med underkategorier (se tabell 1).

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### *5.2.1 Kartlegging*

Sykepleierne i Lindenskov og Bjørk (2016) var enige om at å observere fysiologiske parametere er første prioritet i smertekartleggingen til pasienter med redusert evne til selvrappport. Videre må observasjon og vurdering suppleres med å tolke smerteatferd og uttrykk.

Selv om mye av de kliniske observasjonene i dag er overtatt av teknologi, som for eksempel pulsoksymeter, er det fortsatt viktig at sykepleieren bruke sine sanser i vurderingen av tilstanden til pasienten (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Det kan se ut som å vite hva som er viktige observasjoner er avgjørende før man går inn til pasienten. Sykepleieren må ha oppmerksomheten på objektive tegn og forandringer i pasientens tilstand, samt hvordan pasienten selv opplever situasjonen (Nortvedt & Grønseth, 2015, s.23).

Pasienter kan forsøke å beskrive smerteopplevelsen etter beste evne, men det er allikevel ofte en dyp ensomhet i smerter, da kun pasienten selv vet hvordan det føles. Blir ikke pasienten tatt på alvor kan det føre til forsterket følelse av ensomhet og hjelpeløshet (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

“Hver lidelse er unik og kan ses som den enkeltes møte med noe spesielt” (Eriksson, 1995, s.34).

Mennesker savner ofte et språk for å uttrykke lidelsen, da hver enkelt sin opplevelse er ulik. En må forvandle lidelsen til noe mer fysisk, som smerte eller angst, noe som kan observeres. Erikssons teori forteller oss hvordan mennesker har vanskelig for å sette ord på eller formidle sin lidelse, da lidelsen påvirkes av flere faktorer. Et menneske kan lide av smerter, få smertestillende, og fortsatt lide, hvis pasienten ikke klarer å uttrykke andre lidelser, eller sykepleieren ikke “ser” hele pasienten (Eriksson, 1995, s.41). Dette kan tyde på at sykepleiere har behov for mer kunnskap om pasienters individuelle smerteopplevelser i vurderingen av smerte.

Det er viktig å kartlegge pasientens kommunikasjonsferdigheter og forståelse av NRS, slik at man får en forståelse av pasientens smerteopplevelse (Sjøveian & Leegaard, 2012). Sykepleierne i Wikström et al. (2016) erfarte at ved å bygge en relasjon til pasientene og stille åpne spørsmål, oppmuntret de pasientene til å beskrive situasjonen sin.

Berntzen og Danielsen et al. (2015) skriver at for å kunne bruke smerteskalaer avhenger det av pasientens evne til å plassere smertene på en skala. Det finnes ulike hjelpemidler for å ta en grundig smertevurdering. For eksempel kan faces pain rating scale (FPS) tas i bruk hos pasienter uten evne til selvrappport, men å observere og vurdere fysiologiske vitalia og smerteatferd har størst betydning ved denne pasientgruppen (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Kvaliteten på dokumentasjon og rapportering blant helsepersonell kan økes ved systematisk bruk av NRS. Flere kirurgiske avdelinger har en generell regel om at NRS bør være under 3. Ved høyere score enn dette, får pasienten ny dose analgetika. Det foretas nye vurderinger frem til pasienten er tilstrekkelig smertelindret. Dette tyder på at smerteskala bidrar til at sykepleieren kan bli mer bevisst ansvaret med å lindre smerter, men kartleggingsverktøy må brukes systematisk for å ha noe nytteverdi. Samtidig er det viktig som sykepleier å være bevisst i smertevurderinger om at tallverdier ikke er pasientens objektive uttrykk for hvor sterke smertene er. Endringene sykepleieren observerer hos pasienten over tid bør være hovedgrunnlaget i vurderingene (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Det kan se ut som at NRS-skalaen er nyttig når både sykepleieren og pasienten kan bruke det. Dette er

blant annet noe vi har savnet mer innføring i under utdanningen og praksis. God informasjon og trygghet kan også redusere den kirurgiske stressresponsen, så lenge pasienten er godt forberedt for hele det kirurgiske forløpet, kan stresset reduseres på flere måter (Berntzen & Almås et al., 2015).

Smertescore som avvirket fra observasjoner førte til usikkerhet om hva pasienten fortalte. Da kan det se ut som pasientene står i fare for å bli mistrodd, hvis sykepleierne observerer noe som ikke samsvarer med pasientens uttrykk (Wikström et al. 2016). Dette kan favne om begrepene fordømmelse, straff, og uteblitt pleie. I følge Eriksson (1995) skyldes det sykepleieres manglende egenskaper til å se hele pasienten. Det kan tyde på at økt kunnskap om pasientens individuelle smerteuttrykk kan være med å forbedre smertelindringen. For eksempel kan fysisk berøring av en klem eller trygghet i form av informasjon for noen minske smerten, samtidig som å bli mistrodd kan slukke den siste gnist av livshåp, som igjen vil føre til pleielidelse (Eriksson, 1995, s.73)

Sjøveian og Leegaard (2012), Wikström et al. (2016) og Rognstad et al. (2012) beskriver samarbeid rundt postoperative smerter. Å søke ny kunnskap og råd fra erfarne kollegaer eller kliniske eksperter er vanlig (Nortvedt & Grønseth, 2015, s.24) Dessuten kommer det frem i loven om forsvarlighet at:

Helsepersonell [...] skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. (Helsepersonelloven, 1999, § 4)

NSFs yrkesetiske retningslinjer understreker videre at sykepleieren skal erkjenne grensene for egen kompetanse, bidra til etisk refleksjon og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Å være bevisst egen rolle i smertevurderingen og søke hjelp når det er nødvendig tyder på å være viktig elementer i smertevurderingen. Godt samarbeid gir grunnlag for pålitelige vurderinger, mens dårlig samarbeid kan føre til at pasienter lider av smerter.

Pårørende var verdifulle i situasjoner hvor pasienter hadde nedsatt kommunikasjon (Wikström et al. 2016). Som kan tyde på at pårørende er en betydelig ressurs i kartlegging og vurdering av smerte. På den ene siden er pårørende en sentral samarbeidspartner for



helsepersonell, med sin kjennskap til, kunnskap om og erfaring med pasienten. Pårørende kan medvirke i vurderingen og gi informasjon som er mindre synlig for sykepleieren (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.54). For eksempel kan en mor sanse eller se endringer i atferd og uttrykk hos sin datter, og muligens oppdage tegn til smerter raskere og enklere enn sykepleieren. Dette kan forklares som en samarbeidsallianse, hvor sykepleieren har den faglige kompetansen, mens pårørende har kompetanse på hvordan tegn til smerter og uttrykk endres hos pasienten. En forutsetning for godt samarbeid er at pasienten ønsker det, muligens at pårørende trer inn når pasienter mangler egenomsorg. På den andre siden kan det medføre belastninger for pårørende å stå nær noen som lider av smerter (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s.54). Det ser ut som sykepleieren bør være bevisst at pårørende står i en sårbar situasjon, når pårørende vurderes som informasjonskilde.

### *5.2.2 Kunnskap*

Både studien til Francis & Fitzpatrick (2013) og Rognstad et al. (2012) viste at sykepleiere har behov for mer kunnskap om smerter. Sykepleiere i studien til Lidenskov & Bjørk (2016, s. 203-205) beskriver ulike teoretiske kunnskaper som er viktig å ha for å vurdere postoperative pasienters tilstand og smerter. Det trekkes blant annet frem at det er viktig å ha kunnskap om den kirurgiske stressresponsen. Berntzen og Almås et al., (2015) skriver at ved kirurgi er deler av stressresponsen u hensiktsmessig og bidrar til belastninger og komplikasjoner, og at god smertelindring er en viktig del av å redusere stressresponsen. Den postoperative pasienten skal være mest mulig smertefri gjennom hele forløpet, noe som reduserer risikoen for komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter. Nortvedt & Grønseth (2015, s. 24) skriver at det er lettere å identifisere tegn og symptomer på tilstander en har kunnskaper om og vet hvordan kan utvikle seg. Kunnskaper som sykepleieren bør ha for å fremme smertelindring og forebygge pleielidelse, er blant annet teknikker for å stabilisere operasjonssåret og riktig leie. Dette kan også forebygge blant annet trykksår (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Eriksson (1995, s.69) skriver at ingen lidelse er smertefri, heller en følge av utilstrekkelig pleie., som kan bety at pasienten vil lide av utilstrekkelig smertebehandling. Uteblitt-pleie kan skyldes sykepleierens manglende egenskaper til å se og vurdere pasientens smerte. Det kan tenkes at dersom sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskaper i vurderingen, altså manglende egenskaper, fører det til at sykepleieren ikke ser

pasientens behov for smertelindring, og utsetter pasienten for pleielidelse (Eriksson, 1995, s.73-74).

Erfaring med smerte relatert til forskjellige typer kirurgiske inngrep og tidligere pasientsituasjoner, blir trukket frem som relevant i vurdering og behandling av postoperative smerter (Lindenskov & Bjørk, 2016; Wikström et al., 2016). Wikström et al. (2016, s.804-808) beskriver at erfarne sykepleiere kan sanse pasientens smerte, uten å være bevisst på at observasjoner ble utført, mens begrenset erfaring kunne skape usikkerhet i vurderinger.

Erfarne sykepleiere kan vurdere en situasjon ved å kaste et kort blikk på pasienten, grunnet gjenkjenning av mønstre ved observasjon, tegn og symptomer. Erfarne sykepleiere sammenligner tidligere erfarte situasjoner, det dreier seg om å ha erfaringsbasert kunnskap og teoretisk fagkunnskap på et nivå der denne kunnskapen er integrert i sykepleieren (Nortvedt & Grønseth, 2015, s. 26-27). «Klinisk erfaring påvirker evnen til å vurdere situasjoner og måten en vurderer dem på» (Nortvedt & Grønseth, 2015, s. 26). Uerfarne sykepleiere vurderer en og en pasientopplysning om gangen, noe som er tidkrevende. Derfor vil en erfaren sykepleier klare å bedømme situasjoner raskere. Sykepleieren trenger faglig kunnskap fra teori og forskning, erfarings- og personlig kunnskap, og stadig oppdatere seg, for å kunne ta pålitelige vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2015).

Det ser ut som erfaring med postoperative pasienter fremmer evnen til å kunne vurdere og behandle postoperative smerter. Muligens kan erfaring med smerte relatert til forskjellige typer kirurgiske inngrep gjøre at sykepleieren kjenner igjen observasjoner. Dermed kan hun/han kanskje vurdere hva som kan være relatert til inngrepet, en komplikasjon eller at det er smerter innenfor normalen i henhold til hvilken operasjon pasienten er gått igjennom. Muligens kan mangel på erfaring skape usikkerhet, da det kan være vanskeligere for en uerfaren å oppdage og sette observasjoner i sammenheng. Mens en erfaren sykepleier vil være mer rustet til å bedømme situasjoner raskere. Videre kan det se ut som at sykepleiere trenger flere typer kunnskap, og muligens kan ikke teoretisk og erfaringsbasert kunnskap sees på som to separate elementer, men en utfyllelse av hverandre og de utvikles dynamisk (Nortvedt & Grønseth, 2015). Noe vi selv erfarer i praksis når vi setter teorien vi har lært ut i praksis, i en klinisk sammenheng, som bidrar til å gi en dypere forståelse.

Sykepleierne i studien til Lindenskov og Bjørk (2016) erfarte ulik tilfredshet med fagutvikling, men fremhevet det som viktig. Rognstad et al. (2012) fremhevet også

viktigheten av fagutvikling og sykepleierne viser et behov for bedre rutiner og økt fokus på fagutvikling. NSF sine yrkesetiske retningslinjer viser sykepleiers eget ansvar for å holde egen praksis faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Samtidig er det et leder- og organisasjonsansvar at sykepleiere får mulighet til å utvikle seg innen faget. Dette understrekes i helsepersonelloven hvor det står at “Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter” (Helsepersonelloven, 1999, §16). De yrkesetiske retningslinjene viser at ledere har et spesielt ansvar for å fremme fagutvikling og etisk refleksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleie er et fag som konstant utvikler seg. Fagutvikling og å repetere teoretisk kunnskap kan muligens bidra til å endre dårlige holdninger man har tilegnet seg i arbeidslivet. De gir en påminnelse om hvordan faget skal være, samt etikken rundt det. Når det stilles høye krav til sykepleieren i vurderingen av smerte, har sykepleieren også behov for mulighet til å lære og utvikle seg (Nortvedt & Grønseth, 2015).

### *5.2.3 Holdninger*

Pilotstudien til Francis og Fitzpatrick (2013) viser at det er et behov for holdningsendringer hos sykepleiere. Funn som muligens kan øke kvaliteten på smertebehandlingen var holdninger med egenskaper som å introdusere seg for pasienten, vise forståelse og empati (Wikström et al. 2016, s.804-808).

Det er vanskelig for sykepleieren å etterprøve og verifisere pasientens subjektive opplevelse av smerte. Som vil si at sykepleieren aldri sikkert kan vite om pasienten har smerter, eller er godt nok smertelindret. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på og aksepterer i disse situasjonene, at pasienten har makten. På den ene siden kan sykepleierens egne smerte erfaringer være til hjelp med å gjenkjenne tegn på smerter, og øke forståelse for pasientens situasjon. Men sykepleieren kan selv bli en barriere i vurderingen av smerte, hvis egne holdninger fører til mistro om pasientens opplevelse, eller ikke forstår smerteuttrykk. Hvis sykepleiere har et felles verktøy å jobbe ut i fra, for eksempel NRS, kan det gi egne holdninger mindre betydning i smertevurderinger (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

Pasienter beskriver sine smerter ut i fra tidligere smerteerfaringer, på samme måte som sykepleiere tolker smerte ut ifra egen erfaring. For eksempel hvis en pasient rapporterer store smerter, men vitale parametere er innenfor normalen, betyr ikke dette at pasientens opplevelse av smerte er mindre enn hva som blir observert. Pasienten kan være redd og ensom, uttrykke seg på denne måten grunnet kulturforskjeller eller fortsatt lide av smerter uten å klare å formidle det (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Eriksson (1995, s.41) forklarer at det som har mest å bety, er hvilken holdning vi har til lidelsen. Å ikke ta pasientens smerter på alvor eller å tvinge pasienter til mobilisering hvis det er for smertefullt, er eksempler på uheldig maktutøvelse som medfører krenkelse av pasientens verdighet (Eriksson, 1995, s.73-74). Sykepleiere på postoperativ avdeling møter mennesker med smerter daglig. Dette kan føre til at man etter hvert reagerer mindre følsomt på pasientens lidelse, grunnet et behov for å skjerme seg selv mot lidelsen. Dette kan resultere i at en tar distanse fra andres smerte, som er uheldig for seg selv og pasienten (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

Sjøveian og Leegaard (2012) tar opp hvordan eldre pasienter ofte var tilbakeholdne med å be om smertestillende, og uansett alder måtte de minne pasienter på å rapportere og gi beskrivelser av smertene. Kunnskapen sykepleieren har om at alle uttrykker smerte annerledes, kan være med å endre dårlige holdninger. For eksempel kan pasienter med ulik kultur ligge å lage mye vonde lyder, selv om de er godt smertelindret, eller omvendt, men hva pasienten opplever er "fasiten" (Berntzen & Danielsen et al., 2015). Dette kan tyde på at dårlige holdninger til smerte og opioider minsker kvaliteten på smertelindringen. Dette underbygges av teorien om pleielidelse. Eriksson (1995) forklarer hvordan manglende egenskaper til å se pasientens behov kan føre til pleielidelse i form av uteblitt pleie. For eksempel kan en pasient ha smerter, selv om sykepleieren mener de har fått det de behøver av smertestillende. Pasientens verdighet vil da bli krenket og få en følelse av straff og fordømmelse. Eriksson forklarer hvordan fysisk berøring av en klem eller stryk på ryggen kan for noen pasienter minske smerten, samtidig som et uteblitt blikk kan slukke den siste gnist av livshåp og glede (Eriksson, 1995, s.73).

Funn i artikkelen til Wikström et al. (2016) viser at noen pasienter hadde mistillit til analgetika, og grunnet andre bekymringer, som redsel for å ses på som svak førte til at pasienter underrapporterte smerter. Sykepleieren må forhindre at pasienter ligger med smerter grunnet disse holdningene, være nysgjerrige og stille åpne spørsmål. Disse pasient holdningene viser hvordan økt kunnskap til pasienter muligens kan fremme

smertebehandlingen. Funn i Rognstad et al. (2012, s.549) kan tyde på at pasientene underrapporterer smerter, eller at sykepleierne ikke ser pasientenes behov for smertelindring. Enkelte pasienter tør ikke å fortelle om smerter, som kan komme fra en frykt for hva årsaken til smertene kan være. Noen velger å heller leve med smertene, fremfor å bli konfrontert med for eksempel behov for kirurgi (Berntzen & Danielsen et al., 2015).

## 6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Sykepleieren har et stort ansvar i arbeidet med å vurdere postoperative smerter. For å kunne ta pålitelige vurderinger, stilles store krav til sykepleierens kunnskapsnivå. Sykepleieren må være bevisst pasientens forståelse og bruk av smertevurderinger, spesielt ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Det vises at økt kunnskap, fører det til holdningsendringer, både hos sykepleiere og pasienter. Det kan se ut som det er behov for mer forskning til pasientgruppen med nedsatt evne til selvrapporing.

Våre forslag er følgende:

1. Sykepleiere bør få mulighet til å fornye og oppdatere sine kunnskaper minst en gang i måneden i form av kurs eller simulering. Internundervisning er noe alle avdelinger bør ha en gang i uken. Dette kan føre til økt kunnskap og gode holdninger. Eventuelt kan også avdelinger ha gjennomgang av et etiske spørsmål- eller dilemma samtidig som de har personalmøte. Dette gir folk en påminnelse om etikken i arbeidet, og åpner for gode refleksjoner.
2. Postoperative avdelinger bør lage klare rutiner på hvordan kartleggingsverktøy brukes. Da det er en forutsetning at sykepleieren kan undervise og veilede pasienten i det. Samtidig lukes dårlige holdninger ut når sykepleiere har samme utgangspunkt i vurderingen av smerte.
3. Sykepleiere med gode kunnskaper og erfaring innen tema bør være med å utvikle klare prosedyrer på hvordan man går frem i vurderingen av smerte. Det kan også utnevnes egne kontaktpersoner på avdelingen som har dybdekunnskaper innen postoperative smerter, og ha en pedagogisk funksjon i avdelingen. Andre smertestillende teknikker bør også undervises i og implementeres på postoperative avdelinger.
4. Samarbeid kan forbedres mellom yrkene, det kan utvikles klarere rutiner på for eksempel analgetika før smertefulle prosedyrer og aktiviteter. Sykepleiere bør vurdere å inkludere pårørende som ressurs, når man har tatt en vurdering av at dette er det beste for pasienten og pårørende.

5. Å tilstrebe kontinuitet i pleien kan være med å forbedre smertebehandlingen. Ansvar for samme pasienter i flere dager øker kunnskapen om pasientens individuelle smerteuttrykk, og minsker gjentakende pasientintervjuer. Tilstrebe at personalet på hver vakt er forsvarlig og godt fordelt.

## LITTERATUR

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2015). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås., D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s.273-333) Gyldendal akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås., D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s.355-395) Gyldendal akademisk.

Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2015). *Pårørende i helse-og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring* (2utg.) Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. TANO forlag.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats: Vagledning for litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg. s.129-138). Studentlitteratur AB.

Francis, L. & Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Pain Management Nursing*, 14(4), 351-357.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.05.002>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Lindenskov, L. & Bjørk, I. T. (2016). Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(2), 199-209.

<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08>



Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie: funksjon og ansvar. I H. Almås., D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s.17-31) Gyldendal akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Ræder, J. (2011). Postoperativ smerte – undervurdert og underbehandlet. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 131 (18), s.1740. DOI: [10.4045/tidsskr.11.0849](https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0849)

Rognstad, M-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (3), 545-552. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>

Sjøveian, A. K. H. & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?. *Sykepleien*, 7(4), 380-387. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>

Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (4), 802-812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>

**VEDLEGG****Vedlegg 1. Søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	Medline	Postoperative pain* AND nurs*	-Peer Revied -Dato for publisering: 01.01.2011-31.12.2021 -Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk -Mesh 2022: Competence: ("Clinical Competence") OR (MH "Professionale Competence") OR "competence". Competence søkt på som nøkkelord.	32	6	1	1
14.03.22	Cinahl	postoperative* AND pain* AND nurs*	-Peer reviewed -Europa -Språk: norsk -År:2011-2022	4	4	1	1
14.03.22	SveMed+	pain* postoperative* nurs*	-Peer reviewed -År:2022-2019	9	6	3	3

**Vedlegg 2. Litteraturmatrise**

<b>Forfatter(e)</b>	-Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian & Marit Leegaard
<b>År Tidsskrift Land</b>	-2012 -Sykepleien -Norge
<b>Artikkel tittel</b>	Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?
<b>Hensikten med studien</b>	Kartlegge hvordan sykepleieren samhandler med pasienten om smertebehandling postoperativt ved Joint Care.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/ pårørende)</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativt design med dybdeintervjuer av fem sykepleiere på en ortopedisk avdeling.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Fem sykepleiere med ansiennitet spenn fra halvannet til 7 år ved den aktuelle avdelingen.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Pasientene er tidlig mobilisert etter operasjon, men rapporterte sterke smerter ved mobilisering andre postoperative dag. Sykepleierne var usikre på om pasientene har nok kunnskap om bruken av NRS. Eldre har en passiv kommunikasjon i smerterapportering.
<b>Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av personvernombudet for forskning og ivaretar kravet til informert samtykke og konfidensialitet. Det er tatt særlig hensyn til anonymisering av informanter da det kun er tre helseforetak i Norge som praktiserer Joint Care.

<b>Forfatter(e)</b>	-Line Lindenskov & Ida Torunn Bjørk
<b>År Tidsskrift Land</b>	-2016

	-Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research -Norge
<b>Artikkel tittel</b>	Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing
<b>Hensikten med studien</b>	Å utforske hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møtte i kartlegging av postoperativ smerte og evaluering av smertebehandling hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. Da det i Norge ikke finnes noen standard for kartlegging av smerte hos denne pasientgruppen.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/ pårørende)</b>	Sykepleieperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ intervju-undersøkelse med en fortolkende tilnærming. Erfarne sykepleieres kunnskap og erfaring skulle belyses.  Fokusgruppeintervjuer ble benyttet for å kunne dele og diskutere kunnskap og erfaring med postoperativ smertekartlegging til denne pasientgruppen.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Ni erfarne sykepleiere med gjennomsnittlig 13 års erfaring, som arbeidet ved postoperative avdelinger. Syv av sykepleierne hadde videreutdanning i anestesi eller intensivsykepleie  Studien inkluderer to sykehus.  Et inklusjonskriterium var at deltakerne skulle ha minimum to års erfaring.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Erfarne sykepleiere observerte og tolket endringer i fysiologiske parametere, for å så vurdere smerteatferd. Sykepleierne var usikre på kvaliteten på både kartlegging og evaluering av smertebehandlingen til denne pasientgruppen.  Ingen smertekartleggingsverktøy ble benyttet.
<b>Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser</b>	Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

	Det ble gitt skriftlig informasjon og innhentet informert samtykke fra alle deltakerne.
--	---

<b>Forfatter(e)</b>	-May-Karin Rognstad, Olav Magnus S. Fredheim, Tone E.B. Johannessen, Gunnvald Kvarstein, Marta Skauge, Eva Undall & Tone Rustøen.
<b>Årstell</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	-2012 -Scandinavian Journal of Caring Sciences -Norge
<b>Artikkel tittel</b>	Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards
<b>Hensikten med studien</b>	Undersøke holdninger, verdier og selvrapportert kompetanse i henhold til smertebehandling hos sykepleiere og leger på kirurgiske avdelinger. Tverrprofesjonelle forskjeller mellom leger og sykepleiere ble også undersøkt.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/ pårørende)</b>	Sykepleie- og legerperspektiv.
<b>Metode og analyse</b>	Kvantitativ studie med et beskrivende, tverrsnitt undersøkelsesdesign  Sykepleierne og legene fylte ut et spørreskjema som besto av tre deler med totalt 57 punkter.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Sykepleiere og leger fra kirurgiske avdelinger på tvers av 17 avdelinger ved fem sykehus i ulike deler av Norge. Tre av fire sykehus var universitetssykehus.  Totalt svarte 795 leger og sykepleiere på spørreskjema.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Flesteparten av deltakerne rapporterte at pasientene ofte eller veldig ofte oppnådde tilfredsstillende smertelindring.  Det var ingen betydelige forskjeller mellom profesjonene angående deres selvrapporterte kompetanse innen smertebehandling.  Bare 20% av deltakerne var tilfreds med de årlige oppdateringer for ansatte

	angående smertelindring for pasienter med postoperativ smerte.
<b>Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser</b>	Studien ble rapportert til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og det lokale forskningsutvalget ved hvert av de fem sykehusene. Et instruksjonsbrev fulgte med hvert spørreskjema og understreket prinsippene om konfidensialitet og autonomi.

<b>Forfatter(e)</b>	-Lavonia Francis & Joyce J. Fitzpatrick
<b>Årstill</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	-2013 -American Society for Pain Management Nursing -USA
<b>Artikkel tittel</b>	Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients Experiences
<b>Hensikten med studien</b>	Undersøke sykepleiernes kunnskap og holdninger relatert til postoperativ smerte og identifisere postoperative pasienters opplevelse av smerteintensitet.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/ pårørende)</b>	Sykepleier- og pasientperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativt deskriptivt utforskende design.  Det ble brukt et spørreskjema som besto av 21 sant/falsk og 17 flervalgsspørsmål.  Kunnskap og holdninger ble målt sammen, og data ble analysert ved å måle gjennomsnitt prosent av korrekt svar.  Forfatterne beskriver begrensningene for denne pilotstudien. På grunn av få deltakere og begrenset kirurgiske tjenester, kan ikke resultatene av denne studien generaliseres i lignende settinger.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Pilotstudien ble utført ved et stort universitetssykehus  31 sykepleiere fra gastrointestinal og urologisk kirurgi enheter deltok i studien.  Nyansatte med mindre enn tre måneder erfaring på deres enhet var ekskludert, da

	de var i en orienteringsfase.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Gjennomsnittsskåren til sykepleiere på punktet "Kunnskap og holdninger relatert smerte" var 63,9%. Pasienter opplevde moderate smerter som indikert av skåren på SF-MPQ. Så det er behov for å øke sykepleiernes kunnskap om smertebehandling
<b>Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser</b>	Godkjenning fra institusjonell vurderingsnemnd ble innhentet før datainnsamlingen. Pasienter ble oppsøkt og signerte samtykke. Ansikt til ansikt rekruttering ble gjort ved å delta på enhetens personalmøter. Forskningspakker som ble sendt til sykepleier deltakerne inneholdt et følgebrev med diverse informasjon.

<b>Forfatter(e)</b>	-Lotta Wikström, Kerstin Eriksson, Bengt Fridlund, Kristofer Årestedt & Anders Broström
<b>Årstall</b>	-2016
<b>Tidsskrift</b>	-Scandinavian Journal of Caring Science
<b>Land</b>	-Sverige
<b>Artikkel tittel</b>	Healthcare professionals` descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis
<b>Hensikten med studien</b>	Gjennom å vurdere kritiske hendelser, beskrives omsorgserfaringer og handlinger utført av helsepersonell ved vurdering av postoperativ smerte.
<b>Perspektiv (sykepleier/pasient/ pårørende)</b>	Sykepleie- og legerperspektiv
<b>Metode og analyse</b>	Kvalitativ studie med et eksplorativt design, med analyse av kritiske hendelser.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Totalt ble 24 strategisk utvalgte sykepleiere, pleiepersonell* og leger, ansatt ved ortopediske eller generelle kirurgiske avdelinger på fire sykehus intervjuet. Hensikten var å oppnå variasjon i alder, kjønn, yrke og yrkeserfaring.

<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>I smertevurderinger var pasientrelaterte tilretteleggere: pasientens verbale og emosjonelle uttrykk inkludert smerteskala. Mens mangel på å være konsekvent med å observere atferd var en barriere.</p> <p>Klinisk kompetanse, kontinuitet i omsorg og god nok tid var helserelaterte tilretteleggere.</p> <p>Kommunikasjonsferdigheter og arbeidsforhold har innvirkning på utførelsen av smerte vurderingene. Å ivareta pasienten uten at det går ut over pasientsikkerheten oppnås ved å inkludere tverrfaglig/profesjonelt samarbeid og samle pasienters og pårørendes perspektiv på gjeldende smerte.</p>
<b>Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser</b>	<p>Studien har blitt gransket og akseptert av Regional Ethical Review Board i Linköping, Sverige.</p>