

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie



**Universitetet
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

*Sykepleierens rolle ved identifisering av postoperative smerter til pasienter
med redusert evne til selvrapporing*

(Stavanger, 03.01.2023)



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Forord

«Uten smerte er livet vårt ikke til å leve. Med smerte er livet knapt til å holde ut»

(Nortvedt, Smerte - en personlig og sammensatt erfaring, 2017)

Sammendrag

Bakgrunn: Når en sykepleier skal identifisere smerte hos pasienter, er det pasienten sin egen opplevelse av smerte som skal være styrende. Vi har erfart i klinisk praksis at identifisering av smerte hos denne pasientgruppen er en utfordrende og kompleks handling.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere identifiserer postoperative smerter hos pasienter som har redusert evne til selvrapporing i rekonvalesensfasen.

Metode: Det ble utført et systematisk litteratursøk i to databaser. Det ble anvendt tre kvantitative artikler og en kvalitativ artikkel. Artikkene er fra et sykepleieperspektiv. Oppgavens metodedel tar utgangspunkt i Fribergs (2022) systematiske litteraturoversikt.

Resultat: Sykepleierne forteller at observasjoner av fysiologiske parametere og tolkning av pasientens atferd er hovedfokuset når de jobber med å identifisere smerte hos denne gruppen pasienter. Sykepleierne oppgir også kunnskap, sykepleieferdigheter og holdninger som en nødvendighet for å gjennomføre tilstrekkelig identifisering av smerte. Sykepleierne viser at de har god kunnskap på enkelte områder, men at identifisering av smerte fortsatt er preget av mangel på kunnskap og usikkerhet. Studiene tar opp viktigheten av kunnskap, erfaring og holdninger hos sykepleierne når man skal identifisere smerte hos pasienter.

Konklusjon: Det er behov for at sykepleiere fokuserer på økt kunnskap, erfaringer og holdninger knyttet til identifiseringen av postoperativ smerte hos pasienter med nedsatt evne til selvrapporing. Gode rutiner og kunnskapsbasert fokus kan gi sykepleiere veiledning til å ta det riktige valget. Det er behov for et kartleggingsverktøy som kan sikre at sykepleiere ikke lar deres erfaring og følelse påvirke det sykepleiefaglige valget overfor pasienten negativt.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teoridel	8
2.1 Smerte som en personlig erfaring	8
2.2 Postoperative smerter	8
2.3 Smertekartleggingsverktøy	9
2.4 Fysiologiske konsekvenser av smerte	10
2.5 Nonverbal kommunikasjon	10
2.6 Pleielidelse	10
3.0 Metodebeskrivelse	11
3.1 Systematisk litteraturoversikt	11
3.2 Valg av databaser	11
3.3 Valg av søkeord	12
3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	13
3.5 Valg av artikler	13
3.5.1 Avgrensninger	13
3.5.2 Søketechnikker	13
3.5.3 Valgte artikler	15
3.6 Analyse	15
4.0 Resultat	17
4.1 Sykepleiere bruker ulike indikatorer for å identifisere smerte	17
Fysiologiske parametere	17
Atferdsendring	17
Kunnskap, holdninger og erfaring	18
4.2 Utfordrende identifisering av smerte	19
Pasientens reduserte evne til å formidle smerte	19
Smerte er subjektivt	19
4.3. Behov for å bruke egnet kartleggingsverktøy som standard ved identifisering av smerte	20
Flere uegnet kartleggingsverktøy blir brukt	20
Økt fokus på opplæring, kunnskap og holdninger	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.1.1 Metodiske overveielser	21
5.1.2 Kritiske betraktninger	22

5.1.3 Ethiske overveielser	22
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	23
5.2.1 En kompleks sykepleiehandling	23
5.2.2 Manglende kunnskap om egnet kartleggingsverktøy	26
6.0 Konklusjon	28
Vedlegg	31

Antall ord: 7279

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Tretti til femti prosent av pasientene som har gjennomgått et kirurgisk inngrep rapporterer om uakseptable postoperative smerter (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Tidligere studier avdekker mangel på grunnleggende kunnskap og ferdigheter hos sykepleiere, som omhandler kartlegging og vurdering av pasientens smerter (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). I klinisk praksis har vi erfart det å identifisere pasientens smerter som en utfordrende og kompleks oppgave, spesielt når pasienten har redusert evne til å gi uttrykk for opplevd smerte. Vi har også erfart at mange pasienter opplever smerter i forbindelse med kirurgiske inngrep, som vekket interessen for postoperative smerter. Vi ønsket derfor å undersøke hvordan sykepleiere på sykehus identifiserer smerter hos postoperative pasienter, som har redusert evne til selvrapportering.

1.2 Problemformulering

Smertelindring er en kompleks og krevende oppgave som sykepleiere står overfor. Smerte er subjektivt (Nortvedt, Smerte - en personlig og sammensatt erfaring, 2017), og pasientens rapportering av smerte skal være styrende. Når pasienten av ulike grunner har nedsatt evne til å selv rapportere sin smerte, kan identifiseringen av pasientens postoperative smerter bli utfordrende. Bjørknes og Rustøen (2012) og Lindenskov og Bjørk (2016) avdekker at kartleggingsverktøyene som hyppigst blir brukt, er tilpasset pasienter som kan gi verbalt uttrykk for egen smerte. De samme artiklene viser samtidig til at flere av sykepleierne ikke kjenner til kartleggingsverktøy for pasienter som mangler evnen til å svare verbalt. Dette gir oss grunn til å tro at det er relevant å samle ny forskning innenfor området. Vi antar at dette vil bidra til å kvalitetssikre identifiseringen av pasientens postoperative smerter. Pasienter med redusert evne til selvrapportering innebærer i denne oppgaven pasienter som av ulike fysiske og psykiske årsaker har nedsatt evne til å uttrykke sin smerte.

Problemstillingen er følgende: *Hvordan kan sykepleiere identifisere smerter hos postoperative pasienter som har redusert evne til selvrapportering?*

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere på sykehus går frem for å identifisere smerter til denne pasientgruppen postoperativt.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel en omhandler bakgrunn for valgt tema, problemformulering og oppgavens hensikt. Videre, vil vi i kapittel to legge frem det teoretiske grunnlaget. I kapittel tre viser vi til vi valgt metode, søkeprosessen og valg av artikler. Vi vil også vise analysen av artiklene i dette kapittelet. I kapittel fire vil vi formidle artiklenes funn, før vi i kapittel fem tar for oss drøfting og diskusjon av metode og resultatene. Avslutningsvis i kapittel seks vil vi trekke konklusjoner.

2.0 Teoridel

2.1 Smerte som en personlig erfaring

IASP (International Association for the study of pain, 2020) definerer smerte slik – «An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage». Holm og Kummeneje (2009) beskriver smerte som en individuell opplevelse som kan bli påvirket av andre faktorer, som tidligere erfaringer, angst, kultur, alder, sykdom og prognose. Den eneste indikatoren for smertens eksistens og intensitet er pasienten sin egen opplevelse av smerten (Holm & Kummeneje, 2009).

Man kan anta at opplevelsen av smerte er noe alle mennesker har erfart, eller kommer til å erfare i løpet av livet. Det er en subjektiv og personlig erfaring, men også en emosjonell opplevelse. Alle personer er unike og særegne, med ulike holdninger, erfaringer og toleranse (Holm & Kummeneje, 2009). Smerte kan de variere i uttrykk fra person til person. Definisjonen av smerte vil derfor reflekteres ut fra den enkeltes syn på hva smerte er og innebærer (Nortvedt & Nortvedt, 2018).

Ifølge Danielsen, Berntzen, & Almås (2017) er ofte pasienter som opplever smerter i høy grad preget av stress. Observasjon av smerter dreier seg derfor i stor grad om å identifisere tegn til stress, og hvordan stress og smerte kan påvirke pasientens grunnleggende behov. Fysiologiske tegn er en viktig faktor når man skal identifisere smerte, samtidig blir det påpekt en viss grad av usikre faktorer å bruke (Danielsen et al, 2017, s.389). Det er da utfordrende å angi smertens alvorlighetsgrad, med bakgrunn for at stress og smerte kan supplere hverandre (Danielsen et al, 2017, s. 389).

2.2 Postoperative smerter

Smerter kan deles inn i fire hovedtyper: nociseptive smerter, nevroatiske smerter, psykogene smerter og idiopatiske smerter, som er smerter av ukjent årsak (Slørdal, 2021). Oppgaven vil fokusere på nociseptive smerter, da det omfatter de samme fysiologiske forklaringene som postoperativ smerte. Ifølge Holm og Kummeneje (2009) defineres postoperativ smerte først og fremst som akutt smerte forårsaket av vevsskader i forbindelse med kirurgiske inngrep. Smertene vil variere i intensitet, på bakgrunn av den personlige erfaringen av smerter og smerteterskel. Det vil samtidig avhenge av hvor inngrepet er gjort (Holm og Kummeneje,

2009). Postoperativ fase beskriver tiden knyttet rett etter det kirurgiske inngrepet (Berntzen, et al., 2017, s. 310). Holm og Kummeneje (2009) deler den postoperative fasen i to perioder. Den første perioden er oppvåkingsfasen, hvor pasienten ligger på oppvåkingsavdelingen. Den andre perioden er rekonvalesent fase, når pasienten befinner seg på sengepost eller dagkirurgisk avdeling (Holm & Kummeneje, 2009). Oppgaven tar for seg identifisering av smerter til postoperative pasienter som befinner seg i rekonvalesensfasen.

2.3 Smertekartleggingsverktøy

Den norske legeforening beskriver hovedmålet med smertelindring slik – «pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser» (Berntzen, et al., 2017, s.388).

Sykepleieren sin hovedoppgave er å undersøke, vurdere og forstå pasientens smerter (Berntzen, et al., 2017, s. 388). Da smerter er en individuell opplevelse, kan hjelpemidler bidra til en forståelse av smertens omfang, både for pasienten selv og for helsepersonell. Et godt smertekartleggingsverktøy vil i tillegg bidra til at sykepleierne får det samme kliniske resultatet av identifiseringen (Berntzen, et al., 2017, s.389). Det vil bidra til at individuelle erfaringer og holdninger utelukkes i større grad, dokumentasjon på smerten blir mer presis, og annet helsepersonell får et nøyaktig innblikk i pasientens smerter gjennom muntlig og skriftlig rapport (Berntzen, et al., 2017, s.389).

For å sikre grundighet og nøyaktighet er det en rekke smertekartleggingsverktøy som er tilpasset de fleste situasjoner (Berntzen, et al., 2017, s.388). Det skal bidra til å sikre en systematisk og tilpasset behandling til den enkelte pasient (Berntzen, et al., 2017, s.388). Verktøyene utgjør to grupper, og blir beskrevet som endimensjonale og flerdimensjonale (Berntzen, et al., 2017, s.390). Endimensjonale smertekartleggingsverktøy måler intensitet på smertene, og brukes der pasientene kan beskrive sin egen smerte (Berntzen, et al., 2017, s.390). Pasienter med mangel på verbal respons, eller som ikke klarer å beskrive sin egen smerte, gir større utfordringer ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Berntzen, et al., 2017, s.390). Flerdimensjonale kartleggingsverktøy er best egnet til denne pasientgruppen, da de måler både intensitet og hvordan pasienten blir direkte påvirket av smertene (Berntzen, et al., 2017, s.390). Faces pain rating scale (FPS) er et anvendt verktøy, på bakgrunn av det nonverbale kroppsspråket til pasienten (Berntzen, et al., 2017, s.390). Smerte kan i tillegg komme til uttrykk som fysiologiske smertereaksjoner, - som hurtig puls, hurtig pust, forhøyet blodtrykk, utvidede pupiller og svetting (Berntzen, et al., 2017, s.389).

2.4 Fysiologiske konsekvenser av smerte

Holm og Kummeneje (2009) forteller at de fleste som skal opereres, forventer og er innforstått med at man opplever smerter postoperativt. God pre-operativ forberedelse, med fokus på å identifisere smerter og gi smertelindring, vil bidra til at pasienten kan mestre smerten. Dersom pasienten opplever utilstrekkelig smertelindring postoperativt, kan dette få konsekvenser både fysisk og psykisk (Holm & Kummeneje, 2009).

Utilstrekkelig smertelindring etter en operasjon kan medføre samtlige fysiologiske komplikasjoner. Det kan blant annet føre til en negativ effekt på reliabiliteten, noe som kan forverre det postoperative forløpet da pasienten vil være i mindre aktivitet (Holm & Kummeneje, 2009). Ved sterke smerter, kan påvirkninger fra det autonome nervesystemet gi pasienten symptomer, - som rask puls, rask respirasjonsfrekvens, forhøyet blodtrykk, blekhet og svette (Berntzen, et al., 2017, s. 361). Kroppen gir økt stressrespons og faren for hjerteinfarkt, arytmier og myokardiskemi er derfor sentral. I tillegg, vil det bidra til en viss risiko for utvikling av kroniske smerter (Berntzen, et al., 2017, s.361).

2.5 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er en profesjonell ferdighet som en sykepleier anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Det viktigste med nonverbal kommunikasjon innebærer det å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrende måte (Eide & Eide, 2017). Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er særlig viktig i møte med pasienter som har reduserte eller ikke fullt utviklede kognitive evner, og i møte med pasienter som av ulike grunner ikke klarer å gi uttrykk verbalt. Uansett hva slags pasienter vi har med å gjøre, bidrar nonverbal, bekreftende kommunikasjon til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon i samhandling mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017). Nonverbale tegn og signaler kan formidles gjennom en rekke ulike kanaler. Ulike kanaler man benytter i den nonverbale kommunikasjonen kan blant annet være ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsholdning og kroppsspråk (Eide & Eide, 2017).

2.6 Pleielidelse

Katie Eriksson var en finsk sykepleieteoretiker som tok for seg fenomenet lidelse i en sykepleiesammenheng (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 190). Katie Eriksson sin

sykepleieteori omhandler blant annet fenomenet pleielidelse. Pleielidelse er knyttet til pasientens egen opplevelse i selve pleiesituasjonen. Eriksson deler opp pleielidelse i følgende kategorier: Krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 195). Kategoriene går inn i hverandre, men vi har valgt å fokusere på pleielidelse da det er mest relevant for vår problemstilling. Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på at pasientens lidelse kan være knyttet til mangelfull ivaretagelse av grunnleggende behov. Ved at sykepleier sørger for å dekke dette behovet, bidrar det til å lindre pasientens lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 195).

3.0 Metodebeskrivelse

Her presenteres metode, systematisk litteraturoversikt, valg av databaser, søkeord, inklusjon- og eksklusjonskriterier og søkestrategier som ble gjennomført, samt en kort beskrivelse av analysen. Oppgavens metodedel har blitt utarbeidet ved å ta utgangspunkt i læreboken «dags for uppsats» av Friberg (2022).

3.1 Systematisk litteraturoversikt

Denne bacheloroppgaven er basert på fire forskningsartikler, hvor vi har anvendt Fribergs (2022) systematiske litteraturoversikt. Dette vil bidra til å kartlegge kunnskap og forskning innenfor et bestemt felt. Ved å analysere og sammenstille de allerede publiserte artiklene, vil vi kunne etablere hva slags kunnskap og forskning som finnes innenfor et valgt tema. Ved hjelp av den innhentede kunnskapen får man et solid grunnlag for å svare på oppgavens problemstilling (Friberg, 2022). Denne oppgaven inneholder artikler som har anvendt både kvalitative og kvantitative orientert metode. Dette vil belyse valgt tema fra flere synsvinkler.

3.2 Valg av databaser

Ifølge Friberg (2022) deler man inn søkeprosessen i to faser. Arbeidet med å finne relevant litteratur kan deles opp i «det innledende søket» og «det egentlige søket» (Friberg, 2022). Vi har valgt å ta utgangspunkt i denne teorien når vi har gjennomført litteratursøk. I «det innledende søket» søkte vi på relevante artikler både i databaser relatert til helsefag og Google Scholar. Dette ga oss innsikt i hva slags kunnskap som finnes om tema, og hva vi burde inkludere og ekskludere når vi gjennomfører «det egentlige søket». Etter å ha gjennomført det

innledende søket valgte vi å bruke databasene CINAHL og Oria. CINAHL ble valgt da vi vurderte det som en god database med mange artikler som er hensiktsmessig å ta opp til vurdering. Oria ble valgt da vi hadde kjennskap til denne databasen fra tidligere, og det innledende søket bekreftet at det fantes pålitelige og relevante artikler her.

3.3 Valg av søkeord

I arbeidet med å finne søkeord tok vi utgangspunkt i det innledende søket og PICO-skjema. PICO skjema bidrar til at problemstillingen blir presis og søkbar, og gir en strukturert metode for å definere søkeordene våre ut fra problemstillingen (Thidemann, 2015). Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer. «P» patient/problem står for hvilke typer pasient eller pasientgruppe problemstillingen spør etter. «I» intervention handler om hvilke tiltak eller hvilke intervensjoner man ønsker å vurdere. «C» comparison forteller om dersom et tiltak kan sammenlignes med et annet. Vi har konkludert med at dette punktet i PICO modellen ikke er relevant for oppgavens problemstilling, og vi har derfor valgt å ekskludere denne fra vår modell. Til slutt handler «O» outcome om hva det er en ønsker å vurdere eller oppnå (Thidemann, 2015). Søkeordene vi har valgt presenteres i *tabell 1: PIO-skjema*. Vi valgte å gjøre søk på både engelsk og norsk. Søkeordene er presentert i tabellen under på kun norsk. Søkeordene på både engelsk og norsk blir presentert i *vedlegg II: søkelogg*.

PIO-skjema		
P:	Patient/Problem	Sykepleiere, postoperativ og smerteproblematikk
I:	Intervention	Smerte identifisering, smertelindring, smerte, akutt smerte, smerte atferd, holdninger, kunnskap og erfaringer.
O:	Outcome	Tilstrekkelig smertelindring, smertefri, smertekartlegging og smertevurdering

Tabell 1: PIO-skjema

3.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I vedlegg I presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt i vår søkestrategi. Disse ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen. Inklusjonskriteriene skal sikre at vi får artikler som er relevante for problemstillingen, og at de er av god kvalitet både ut fra faglig nivå og etiske vurderinger. Inklusjonskriteriene forteller at artiklene skal handle om behandling av akutte smerter i forbindelse med sykehusinnleggelse. Det skal være artikler som er fra et sykepleieperspektiv og informantene skal være sykepleiere som jobber på et sykehus. Et av oppgavens inklusjonskriterier forteller at artiklene vi bruker skal være godkjent av etiske komite, eller de skal ha tatt hensyn til etiske vurderinger og retningslinjer i studien. Oppgavens eksklusjonskriterier bidro med at artikler som ikke var av relevans for vår problemstilling ble ekskludert. Et av eksklusjonskriteriet forteller at artiklene ikke skal omhandle andre type smerter enn de akutte smertene, som for eksempel kroniske smerter. Til slutt forteller det siste eksklusjonskriteriet at artikler som handler om andre perspektiver enn sykepleiere, skal ekskluderes. Inklusjon- og eksklusjonskriterier ble satt som et krav på artiklene vi valgte å bruke i oppgaven.

3.5 Valg av artikler

3.5.1 Avgrensninger

Det ble gjennomført totalt fire søk ut fra den planlagte søkestrategien. Avgrensningene som ble brukt var at artiklene skulle være fagfellevurdert, blitt publisert innenfor en tidsperiode på 10 år og skrevet på norsk, engelsk, dansk eller svensk.

3.5.2 Søketeknikker

Søkeordene som ble brukt er basert på *tabell 1: PIO-skjema*. Søkene ble gjennomført i databasene Cinahl og Oria. Fullstendig oversikt over søkene blir presenteres i vedlegg II: søkelogg.

3.5.2.1 Cinahl

Søk nummer 1 ble utført i databasen Cinahl. I det første søket ble avgrensningene satt på forhånd. Vi brukte søkeordene **“nurse” OR “nurses” OR “nursing” AND “attitudes” OR “knowledge” AND “postoperative” OR “post-operative” OR “postsurgery” AND “pain relief” OR “pain management” OR “pain control” OR “pain control” OR “pain reduction”**. Vi benyttet oss av den boolske operatoren OR i søkekombinasjonen, da vi la merket til at å

bruke mange søkeord med **AND** resulterte i få artikler. Dette gav 43 treff. Vi fokuserte på å lese overskrifter og sammendrag for å få et innblikk i hva studiene handlet om. Etter å ha vurdert artiklene opp mot problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene valgte vi ut *“Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain”* skrevet av McNamara, Harmon & Saunders (2012).

3.5.2.2 Oria

Søk nummer to, tre og fire ble gjennomført i databasen Oria. Her valgte vi å benytte oss av norske søkeord for å få tilgang på artikler som var skrevet på norsk. Vi valgte å bruke færre søkeord på grunn av erfaring fra søk nummer en. Vi tok utgangspunkt i søkeordene som er presentert i *tabell 1: PICO-skjema*.

I det andre søket ble søkeordene *“smertelindring”* **OG** *“sykepleie”* **OG** *“holdninger”* anvendt. Dette ga oss et treff på 17 artikler uten avgrensninger. Antall treff etter avgrensninger var fire artikler. Etter å ha lest overskriftene på alle, leste vi to av artiklene abstrakt. Etter å ha vurdert artiklene opp mot problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene valgte vi ut *“Sykepleieres og studenters holdninger til smerter og smertelindring hos voksne”* skrevet av Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015).

I det tredje søket valgte vi å anvende søkeordene *“smerter”* **ELLER** *“smerte”* **ELLER** *“smerteproblematikk”* **OG** *“postoperativ”* **ELLER** *“postoperativt”*. Dette resulterte i et treff på 25 218 før avgrensninger. Etter avgrensningen ble resultatet 1 124 treff. Etter å ha lest store deler av overskriftene så vi at en del treff som fokuserte på smerter fra en spesifikk operasjon eller fra et annet perspektiv enn det inklusjons og eksklusjonskriteriene fastslår. Etter å ha lest og vurdert samtlige artikler valgte vi *“Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing”* skrevet av Lindenskov & Bjørk (2016)

I det siste søket anvendte vi søkeordene *“smertevurderingsverktøy”* **ELLER** *“smertevurdering”*. Dette søket gjennomførte vi for å se om det fantes artikler som handler om hva slags hjelpemidler sykepleiere anvender i møte med å smerte identifisering pasienter. Før avgrensning fikk vi et treff på 31 artikler. Med avgrensningene resulterte det i 6 artikler. Vi valgte *“smertevurdering av sederte pasienter på respirator”* skrevet av Bjørknes og Rustøen (2012).

3.5.3 Valgte artikler

McNamara et al (2012) sin studie handler om å vurdere effektiviteten av et kurs som skal forbedre sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger rundt postoperativ smertebehandling. Granheim et al (2015) undersøker hva slags holdninger sykepleiere og sykepleierstudenter har til smerter og smertelindring hos voksne. Lindenskov og Bjørk (2016) presenterer hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møter i kartlegging av postoperative smerter, og evalueringen av smertebehandlingen hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. Bjørknes og Rustøen (2012) sin studie undersøker hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleiere anvender når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter. De valgte artiklene er både kvantitativ og kvalitativ forskning. I McNamara et al (2012), Granheim et al (2015) og Bjørknes & Rustøen (2012) sine studier er det benyttet kvantitativ metode. Lindenskov og Bjørk (2016) har anvendt kvalitativ metode i deres studie. I vedlegg III presenteres de valgte artiklene i en litteraturmatrise.

3.6 Analyse

De utvalgte artiklene ble lest nøye igjennom. Vi lagde en artikkel matrise for hver studie som presenterer en oversikt over studiens hensikt, nøkkelbegrep, metode og funn. Vi har anvendt Fribergs (2022) modell for analyse av artikler, som går ut på å analysere funnene i artiklene i nye hoved- og underkategorier. I utarbeidelsen av hoved- og underkategorier så vi på helheten i den enkelte studie. Videre delte vi opp helheten i kategorier som vi benyttet til å lage en ny felles helhet for alle de inkluderte artiklene. Etter dette satt vi igjen med en helhet som er basert på funn fra de fire inkluderte artiklene. Ut ifra funnene utformet vi tre hovedkategorier med underkategorier som presenteres i tabell II.

Hovedkategori	Underkategori
1. Sykepleiere bruker ulike indikatorer i avdekking av smerte identifisering	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiologiske parametere - Atferdsendring - Kunnskap, holdninger og erfaring
2. Utfordrende identifisering av smerte	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientens reduserte evne til å formidle smerte - Smerte er subjektivt
3. Behov for å bruke egnet kartleggingsverktøy som standard ved identifisering av smerte	<ul style="list-style-type: none"> - Flere uegnet kartleggingsverktøy blir brukt - Økt fokus på opplæring, kunnskap og holdninger

Tabell 2: Sykepleieres erfaring med identifisering av smerte hos postoperative pasienter med manglende evne til å formidle smerte.

4.0 Resultat

Her presenteres de ulike funnene som skal svare på oppgavens problemstilling. Funnene baserer seg på hvordan sykepleiere identifiserer smerter hos pasienter med redusert evne til selvrapporing på postoperativ avdeling og sykepleierens kunnskap og holdninger i forhold til dette. Resultatene er delt inn i kategorier ut fra hovedfunn, og blir presentert som sykepleieres erfaring med identifisering av smerte hos postoperative pasienter med nedsatt evne til å formidle smerte.

4.1 Sykepleiere bruker ulike indikatorer for å identifisere smerte

Fysiologiske parametere

Lindenskov og Bjørk (2016) viste at observasjon og tolkning av fysiologiske parametere var mest brukt av sykepleierne ved identifisering av postoperative smerter til denne gruppen pasienter. Sykepleierne brukte forhøyet blodtrykk og puls som en indikasjon for mulig smerte hos pasientene – «deltakerne var enige om at det alltid var en sammenheng mellom vedvarende smerte, høyt blodtrykk og stigende puls» (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 203).

Bjørknes og Rustøen (2012) identifiserte samme type funn, der sykepleierne benyttet fysiologiske parametere i arbeidet om å identifisere smerter av sederte pasienter på respirator. Stigende blodtrykk -, hjertefrekvens-, respirasjonsfrekvens og ansiktsgrimaser ble i studien kartlagt som de fire mest brukte indikatorene for sykepleierne ved smertevurdering (Bjørknes & Rustøen, 2012)

Enkelte sykepleiere i studien til Lindenskov og Bjørk (2016), påpekte likevel usikkerhet om de fysiologiske parameterne alene kunne gi tilstrekkelig informasjon om smerten – «[...] deltakerne hadde innvendinger mot at fysiologiske parametere alene ga tilstrekkelig informasjon om pasientens smerte» (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 203). Denne usikkerheten ble sett i sammenheng med at forhøyet blodtrykk og puls kan bli påvirket av andre faktorer som ikke handler om smerte, som medikamenter, dehydrering, full blære og uro i avdelingen (Lindenskov & Bjørk, 2016).

Atferdsendring

Bjørknes og Rustøen (2012) fremhevet tolkning av atferdsendringer hos denne gruppen pasienter som en nødvendighet. Sykepleierne så viktigheten av å fokusere på ansiktsgrimaser

og motorisk uro sammen med de fysiologiske parametere for å få en konkret observasjon på smertetilstanden til den enkelte pasient (Bjørknes & Rustøen, 2012). Lindenskov og Bjørk (2016) viste samme funn, der enkelte sykepleierne fokuserte på markante ansiktsfurer, økt respirasjonsfrekvens og uro som atferdsendring, i sammenheng med fysiologiske parametere.

Kunnskap, holdninger og erfaring

Granheim et al (2015) viste at oppdatert kunnskap, tilfredsstillende sykepleieferdigheter og gode holdninger er en nødvendighet for vellykket identifisering av smerte og behandling. Deltakerne i studien, som omhandlet sykepleiere og sykepleierstudenter på postoperativ avdeling, viste at det er faglig usikkerhet i arbeidet om identifisering, kartlegging og håndtering av smerter. Deltakerne hadde gode kunnskaper på enkelte områder, men det var samtidig mangel og usikkerhet knyttet til identifisering, behandling og holdninger til postoperative smerter (Granheim et al., 2015). Gjennom påstanden – «Den mest korrekte til å bedømme pasientenes smerteintensitet er: Pasienten selv» (Granheim et al., 2015, s. 330) svarte 97, 5 prosent av deltakerne rett. Samtidig, viste studien funn i at deltakerne satt pasienten på en lavere smerteskala enn det som ble oppgitt av pasienten selv. Granheim et al (2015) gjør dermed funn i at – «[...] få i utvalget tok hensyn til pasientens egen smertevurdering i de to pasienthistoriene, selv om de tidligere hadde svart at pasienten selv er den som best bedømmer egen smerteintensitet» (Granheim et al., 2015, s. 331).

Lindenskov og Bjørk (2016) viste at observasjon og vurdering av pasientens tilstand var utfordrende for sykepleierne – «Enkelte fremhevet at evalueringen av smertebehandlingen var vanskelig å beskrive som en konkret observasjon, mer en følelse av at pasientene hadde det bedre» (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 205). Sykepleierne i studien til Bjørknes og Rustøen (2012) synliggjør det samme, ved at 67 prosent sa seg enig i påstanden «utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring» (Bjørknes & Rustøen, 2012, s. 35). Lindenskov og Bjørk (2016) viste til at ettersom det å identifisere pasientens smerter var mer en følelse enn en konkret observasjon, vurderte sykepleierne pasientene ved bruk av de ordinære kriteriene. Disse kriteriene innebar at pasientene var stabile sirkulatorisk, at musklene slappet av under stell eller mobilisering, og at uro opphørte (Lindenskov & Bjørk, 2016).

McNamara et al (2012), viste at sykepleierne var usikre når kartlegging og identifisering av smerter skulle gjøres på avdelingen. 46,5 prosent av sykepleierne mente at kartlegging av smerte bør gjøres hver 24 time, og 11,9 prosent mente at dette bør gjøres hver eller annenhver time (McNamara et al, 2012). Studien viste samtidig funn i at enkelte sykepleiere ikke trodde at pasientene de tok vare på var i smerter (McNamara et al, 2012).

4.2 Utfordrende identifisering av smerte

Pasientens reduserte evne til å formidle smerte

Lindenskov og Bjørk (2016) viste at sykepleierne så på pasientenes individuelle smerteuttrykk og manglende verbale respons som en barriere for sikker identifisering av smerter. Lindenskov og Bjørk (2016) belyste dette – «Ingen av sykepleierne følte seg sikre på at disse pasientene ble smertefrie» (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 205.) Studien viste at sykepleierne var usikre på om pasientene ble optimalt smertelindret, samt om de i utgangspunktet lå med smerter. Frafall av språk, ble dermed opplyst som en begrensning i arbeidet mot å avdekke smerter – «På samme måte som ved kartlegging av smerte, var pasientens manglende språk en begrensning for å evaluere om smertebehandlingen var tilfredsstillende» (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 205). Manglende evne til å svare adekvat ga både usikkerhet i forhold til at smerte er subjektivt, men også knyttet til at smertelindring har en variabel effekt på den enkelte pasient. I sammenheng med dette, uttrykte sykepleierne bekymring knyttet til uvissheten om de i det hele tatt var smertelindret (Lindenskov & Bjørk, 2016).

Smerte er subjektivt

Lindenskov og Bjørk (2016) viste enighet blant sykepleierne om at vurdering av smerteatferd ga utfordringer grunnet pasientens individuelle smerteuttrykk. Det individuelle uttrykket, sammen med mangel på verbal respons, ble av sykepleierne vurdert som en barriere for sikker identifisering av smerte. Atferdsendringer ble klassifisert i to grupper – «den stille smerten» og «den urolige aggressive smerten». Sykepleierne uttrykte bekymring for pasientene som lå helt stille i sengen, og tilsynelatende sovende. Den urolige aggressive smerten, beskrev sykepleierne som – «Pasientene var urolige, aggressive, hadde forsterkede reaksjoner, lagde høye lyder, rev av bandasjer og hadde utagerende atferd». (Lindenskov & Bjørk, 2016, s. 203). Fokuset til sykepleierne ble dermed rettet mot pasientene som krevde mer oppmerksomhet, og pasientene som tilsynelatende sov, ble nedprioritert (Lindenskov & Bjørk, 2016).

4.3. Behov for å bruke egnet kartleggingsverktøy som standard ved identifisering av smerte

Flere uegnet kartleggingsverktøy blir brukt

Bjørknes og Rustøen (2012) identifiserte systematisk smertekartlegging som en essensiell del for å identifisere og kvalitetssikre smerter hos den enkelte pasient. Sykepleierne brukte i liten grad hjelpemidler ved identifisering av smerter, på bakgrunn av at kartleggingsverktøyene ikke var egnet til bruk for pasienter med fraværende verbal respons. Lindenskov og Bjørk (2016) viste samme resultat. Bjørknes og Rustøen (2012) identifiserte ulike kartleggingsverktøy, og hvorvidt de fungerer. Kartleggingsverktøy som MAAS (Motor activity assessment scale), GCS (Glasgow coma scale) og VAS (Visuell analog scale) blir fremhevet av som brukt av sykepleierne «ofte» og «systematisk». VAS ble samtidig beskrevet som et uegnet kartleggingsverktøy til pasientgruppen, da skalaen krever at pasienten selv skal rangere sin egen smerte. Det ble understreket at kartleggingsverktøyene MAAS og GCS er egnet for vurdering av bevissthet, og ikke smertekartlegging (Bjørknes & Rustøen, 2016). Lindenskov og Bjørk (2012), viste at sykepleierne ikke kjente til egnet kartleggingsverktøy for denne pasientgruppen. Sykepleierne i studien til McNamara et al (2012), belyser imidlertid at kartleggingsverktøy basert på tall er best egnet til å identifisere postoperative smerter generelt.

Økt fokus på opplæring, kunnskap og holdninger

Sykepleierne i Lindenskov og Bjørk (2016) beskrev kvalitetssikret kunnskap og erfaring som en vesentlig for å sikre at pasientens sikkerhet ble ivaretatt. Fagutvikling og kompetansehevende tiltak ble fremhevet som viktig for å gi tilfredsstillende sykepleie i komplekse pasientsituasjoner. Kartlegging av postoperative smerter hos pasienter som ikke kommuniserer verbalt ble ansett for å være en kompleks sykepleiehandling. Studien viste til at sykepleiere på den ene avdeling var tilfreds med eksisterende rutiner for fagutvikling, da kartlegging og behandling av postoperative smerter var et satsingsområde på denne avdelingen. Sykepleierne på den andre avdelingen rapporterte derimot et behov for fagutvikling og kompetansehevende tiltak for å styrke kartlegging og behandling av smerter (Lindenskov & Bjørk, 2016). McNamara et al (2012) viste til at det var betydelig høyere poengsum på sykepleiernes kunnskap umiddelbart etter gjennomført kurs, enn før kurset. Studien viste også nedgang i sykepleiernes totale poengsum fra umiddelbart etter kurset, til seks uker etter kurset.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Her presenteres en drøfting av oppgavens metode og gjennomførelse. Avsnittet presenterer metodiske overveielser, kritiske betraktninger og etiske overveielser.

5.1.1 Metodiske overveielser

Søkeprosessen ble foretatt i databasene, Oria og Cinahl. Vi valgte disse databasene da vi var trygge på at de ga et pålitelige og relevant resultat. Det kan likevel være en mulighet for at vi har gått glipp av gode studier som er tilgjengelig i andre databaser. På bakgrunn av oppgavens tidsbegrensing og tilgang på relevant forskning valgte vi å inkludere artikler med et tidsspenn på ti år. Ved å inkludere artikler med et tidsspenn på ti år, kan det være en mulighet for at studiene er utdatert. Etter vurdering av artiklene konkluderte vi med at studiene som ble publisert i 2012 og studiene som er av nyere forskningen handler om samme problematikk. Vi kan derfor anta at forskningen av litt eldre dato kan sammenlignes med forskningen av nyere dato. Videre valgte vi språklig avgrensning på norsk, engelsk, dansk og svensk. Ved å anvende disse avgrensningene kan det være en mulighet for at man går glipp av relevante studier som er skrevet på et annet språk. Vi mener det er hensiktsmessig med denne avgrensningen for å unngå feiltolkning eller feil oversettelse av artiklene. McNamara et al (2012) sin artikkel er skrevet på engelsk, det må derfor tas forbehold om feiltolkninger. Ved å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning vil det gi informasjon fra forskjellige synsvinkler som kan gi et godt utgangspunkt for å svare på oppgavens problemstilling. Kvantitativ forskning gir innblikk i et stort utvalg som kan være representativt for en større gruppe. Ifølge Thidemann (2015) vil studier hvor det er brukt kvantitativ metode vise sammenhenger. Da problemstillingen vår handler om hvordan sykepleiere smerte identifiserer, er det hensiktsmessig å anvende data som viser sammenhenger og erfaringer hos et større utvalg. Kvalitativ forskning vil ikke gi et representativt resultat ovenfor et større utvalg. Det er derimot hensiktsmessig å benytte en studie med kvalitativ metode da det vil gi forståelse ovenfor sykepleierens erfaring, kunnskap og holdninger. Det vil gi et godt utgangspunkt til å drøfte og sammenligne harde data, opp mot holdninger og erfaring hos sykepleiere. Vi er bevisst på at resultatet i den kvalitative studien ikke er representativ for et større utvalg, og tar høyde for dette videre i oppgaven.

5.1.2 Kritiske betraktninger

For å sikre at artiklene som blir brukt i oppgaven er av kvalitet, har vi gjennomført en kvalitetsvurdering. Vi har tatt utgangspunkt i Thidemann (2015) sine syv punkter som vurderer relevans og faglig kvalitet på artiklene. Vi kan ved hjelp av dette fastslå at informasjonen i artikkelen er relevant for oppgavens problemstilling. Alle de inkluderte artiklene er fagfellevurdert. Artiklene er publisert i tidsskrifter som utgir forskning som er fagfellevurdert og forfatterne er anerkjente fagfolk eller forskere innenfor feltet. Videre hadde artiklene en *IMRAD*-struktur med bakgrunn, metode, resultat, diskusjon og en eventuell konklusjon. Studiene har et tydelig formål og funnen blir fremlagt på en forståelig måte. Informantene i studiene er sykepleiere som jobber på ulike sykehus. Granheim et al (2015) og Bjørknes og Rustøen (2012) hadde et tilfeldig utvalg av sykepleiere. McNamara et al (2012) oppgir mangel på randomisering av utvalget som en begrensning i deres studie. Lindenskov og Bjørk (2016) valgte seg ut 9 sykepleiere med minst to års erfaring. Forskingen er utført i Norge og Irland, vi kan derfor anta at resultatet er relevant for norske forhold.

Det kan virke som Granheim et al (2015) ikke har fremlagt en fullstendig datainnsamling i artikkelen. De har valgt å fremlegge datainnsamlingen i forhold til hva som ble hyppigst svart av informantene og forskjeller de har merket seg. Det kommer ikke frem en begrunnelse eller forklaring på hvorfor dette ble gjort. Til tross for dette har vi vurdert artikkelen av kvalitet og relevant for vår problemstilling, da artikkelen er fagfellevurdert og vi kan anta at resultatet er pålitelig. Lindenskov og Bjørk (2016) har anvendt kvalitativ metode i deres studie. Man kan anslå at kvalitativ metode var hensiktsmessig for å svare på problemstillingen da hensikten med denne studien var at sykepleiere kunne dele og diskutere egne erfaringer og kunnskap om smertelindring. Ved å anvende en kvalitativ studie kan dette gi et resultat som er overførbart og gir en bedre forståelse for resultatet ved å sammenligne datainnsamlingen fra de kvantitative studiene.

5.1.3 Ethiske overveielser

Lindenskov og Bjørk (2016), Granheim et al (2015) og Bjørknes og Rustøen (2012) er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NDS). McNamara et al (2012) ble godkjent av den lokale etiske komite. Artiklene fikk skriftlig samtykke fra informantene og sørget for at deltakerne forble anonyme.

5.2 Resultatdiskusjon

Her blir de presenterte funnene drøftet opp mot relevant teori og annet relevant forskningsstudium. Ut ifra de presenterte kategoriene, blir det i denne diskusjonen presentert som – *En kompleks sykepleiehandling og manglende kunnskap om kartleggingsverktøy.*

5.2.1 En kompleks sykepleiehandling

Bjørknes og Rustøen (2012) viste at komplekse situasjoner der smerte nedprioriteres var en barriere for sikker identifisering av smerte. Holm og Kummeneje (2009) beskriver smerte som en subjektiv følelse, noe som innebærer at det ikke er mulig å fastslå nøyaktig smerteintensitet hos andre som selv ikke oppgir sin egen grad av smerte. Det er samtidig avgjørende i arbeidet som sykepleier å likevel forsøke å identifisere smerter hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. Identifisering av postoperative smerter hos denne gruppen pasienter, kan dermed bli sett på som en avansert og kompleks sykepleieoppgave.

Lindenskov og Bjørk (2016) viste til at observasjon og vurdering av fysiologiske parametere er det mest sentrale kartleggingsverktøyet sykepleiere har i arbeidet med å identifisere smerter hos denne gruppen pasienter. Enkelte sykepleiere i studien påpekte samtidig usikkerhet om observasjon av fysiologiske parametere alene, ga tilstrekkelig vurdering av pasientens smerte. Økt blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens kan erfaringsmessig være forbundet med en rekke andre situasjoner enn kun smerte, som for eksempel stress og redsel, noe studien til Lindenskov og Bjørk (2016) bekrefter. Bjørknes og Rustøen (2012) identifiserte at atferdsendringer må ses i sammenheng med fysiologiske parametere, da endringer i atferd kan være knyttet til smerter. Lindenskov & Bjørk (2016) og Bjørknes & Rustøen (2012) viste ingen andre metoder enn å observere fysiologiske parametere og atferdsendringer til å identifisere smerter. En sykehusinnleggelse kan for mange oppleves som en fysisk og psykisk krevende situasjon, spesielt med akutt sykdom og smerter. Håkonsen (2014) beskriver sammenhengen mellom følelser og smerte, der den kroppslige smerten kan utspille seg som ulike følelser. Ulike reaksjoner kan oppstå som en respons på den kroppslige smerten. Med bakgrunn for at fysiologiske parametere og atferdsendringer kan bli påvirket av kroppslige smerter, kan det samtidig tolkes til at den psykisk krevende situasjonen også kan komme til uttrykk hos den enkelte. Odd E Havik (1989) synliggjør dette ved å presentere psykologiske og sosiale sider ved somatisk sykdom, medisinsk behandling og sykehusinnleggelse. Havik (1989) beskriver at det er en sammenheng mellom somatisk sykdom og følelsesmessige reaksjoner - som angst,

depresjon og psykotiske reaksjoner. Olsen og Rustøen (2020) beskriver også at fysiologiske parametere kan bli påvirket av faktorer som ikke handler om smerte. Kroppens stressrespons kan ha en innvirkning på pasientens fysiologiske parametere (Danielsen et al, 2017, s. 389). Det kan dermed tenkes at psykologiske reaksjoner også kan ha en påvirkning på fysiologiske parametere og atferdsendringer. De presenterte forfatterne synliggjør kompleksiteten rundt sykepleierens arbeid med å identifisere postoperative smerter. Det viser samtidig til viktigheten av at sykepleiere er oppmerksomme på at psykologiske reaksjoner kan være et faktum for mange pasienter, og at i enkelte tilfeller kan dette gi påvirkning både på atferdsendringer og fysiologiske parametere. Helhetlig observasjon av pasienten bør tas i betraktning når man skal identifisere smerter, og en bør ta utgangspunkt i alle de ulike faktorene som kan utspille seg både kroppslig og psykisk hos den enkelte. Da fysiologiske parametere bør ses i sammenheng med atferdsendringer, kan det diskuteres hvorvidt også endringer i atferd kan bli påvirket av andre faktorer som ikke omhandler smerte. Endring i atferd er ikke alltid gitt at skyldes smerter, noe som bidrar til å tenke at fysiologiske parametere også kan påvirkes som følge av andre faktorer som ikke omhandler kroppslige smerter. Bjørknes og Rustøen (2012) trekker frem viktigheten av å tolke det nonverbale kroppsspråket til pasienten i slike situasjoner. Samtidig, kan det diskuteres viktigheten av å i tillegg ha fokus på sykepleierens evne til å gi konkret og presis nonverbal kommunikasjon som representerer tillit, trygghet og omsorg. Eide og Eide (2017) beskriver viktigheten av å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Dersom pasienten føler seg trygg og ivaretatt, kan det tenkes at atferdsendringer preget av redsel og stress, blir en mindre risiko. Relasjoner kan samtidig bidra til at sykepleieren lettere kan observere endringer hos pasienten som faktisk er forårsaket av smerter. Identifisering av smerter til denne gruppen pasienter er kompleks. Det kan derfor diskuteres viktigheten av å ta utgangspunkt i flere komplekse måter å se identifiseringen på. Relasjonsbygging og nonverbal kommunikasjon blir ikke trukket frem i studiene, men resultatene kan tyde på viktigheten av at sykepleiere fokuserer på dette, for å kunne identifisere smerter på best mulig måte til denne gruppen pasienter.

I klinisk praksis har vi erfart at pasienter med manglende verbalt uttrykk, lettere kan forsvinne i mengden blant sykepleierens mange arbeidsoppgaver som er preget av tidspress og en travel hverdag på avdelingen. Sykepleierne i Lindenskov og Bjørk (2016) bekrefter dette ved å synliggjøre blant annet kompleksiteten rundt pasientene med «den stille smerten». Disse pasientene har en tendens til å forsvinne i mengden, og sykepleiere kan dermed automatisk rette fokus på pasientene med en mer urolig og aggressiv atferd, da disse er mer synlige for

avdelingen. Katie Eriksson (2017) beskriver pleielidelse i form av uteblitt pleie, der lidelse kan oppstå og føles ut slik - «Lidelse oppstår når et menneske opplever at det ikke kan sette ord på og gi uttrykk for sin opplevelse, og opplever at det «lydløse skriket» heller ikke blir oppfattet av omgivelsene» (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 199). Dette kan ses i sammenheng med pasientene som blir nedprioritert, og det kan tenkes at sykehusinnleggelsen til disse pasientene bærer preg av lidelse, smerte og sorg. Å bli hørt, sett og trodd, mener vi er en essensiell del av menneskers grunnleggende behov, noe sykepleiere har et ansvar for å ivareta. Når pasienten ikke evner å gi verbalt uttrykk for smerte, kan man anta at pasienten har større risiko for lidelse, da disse to følelsene henger sammen. Dette kan oppleves forsterket, ved at man ikke føler seg sett eller hørt av omgivelsene. Lindenskov og Bjørk (2016) viste til at sykepleierne oppga manglende adekvat respons som en barriere for sikker identifisering av smerte. Det blir dermed usikkerhet om hvorvidt pasientene har smerter, og om smertelindringen som ble gitt, i det hele tatt hadde effekt. Å identifisere smerter baserer seg på å tolke andres smerte og lidelse ut ifra ulike observasjoner som blir gjort. Identifiseringen vil derfor bære preg av å ha evnen til å forestille seg, kjenne igjen og føle på hvordan andre mennesker har det. Olsen og Rustøen (2020) beskriver at helsepersonell har en tendens til å undervurdere smerten til pasienten, noe som kan tyde på at sykepleiere i enkelte situasjoner har vansker med å erkjenne det de faktisk observerer. Granheim et al (2015) viste til at få i utvalget tok hensyn til pasientens egne smertevurdering, til tross for at de hadde svart at det er pasientens selv som bedømmer egen smerteintensitet. Uten å ta hensyn til det pasienten verbalt formidlet, kan det fremstå som at deltakerne i studien handlet ut ifra deres egen observasjon av pasienten. Granheim et al (2015) tar for seg en pasientgruppe som evner å verbalt formidle sin egen grad av smerte. En kan derfor stille spørsmål til hvordan deltakerne hadde identifisert smerter hos pasienter med redusert evne til selvrappotering. Granheim et al (2015) oppgir ingen konkret forklaring på hvorfor sykepleiere og sykepleierstudenter valgte å underbehandle smerter, men beskriver at smertekartlegging i høy grad er basert på kunnskap og holdninger til smerte. Det kan tenkes at deltakerne i studien handlet ut ifra deres egen kjennskap til hvordan smerte utspiller seg. Gjennom yrket som sykepleier, vil en møte mange mennesker med forskjellige typer sykdom og skader. Tidligere erfaringer som sykepleiere har fått gjennom andre pasienter, kan både gi en positiv, men også en negativ påvirkning til hvordan sykepleiere tolker og oppfatter nye situasjoner på smerte. Med bakgrunn for at smerte er individuelt, kan sykepleiere oppfatte noe som en normal, men også en unormal reaksjon på smerte. Samtidig, kan det tenkes til at resultatet av identifiseringen kan variere, avhengig av hvilken sykepleier som utfører kartleggingen.

5.2.2 Manglende kunnskap om egnet kartleggingsverktøy

Bjørknes og Rustøen (2012) viste til at systematisk smertekartlegging er essensielt for å oppdage smerter og kvalitetssikre smertebehandlingen. Sykepleierne i studien beskrev at hjelpemidler for identifisering av smerte i liten grad blir brukt, med bakgrunn for at kartleggingsverktøyene ikke er egnet til bruk for pasienter med fraværende verbal respons (Bjørknes & Rustøen, 2012). Lindenskov og Bjørk (2016) viste samme resultat. Det blir samtidig presentert i studien til Lindenskov og Bjørk (2016) at to smertekartleggingsverktøy er utviklet til pasienter som ikke har mulighet til å gi verbal respons ved identifisering av smerter – Behavioral Pain Scale (BPS) og Critical-Care Pain observation Tool (CPOT). Storsveen og Hall-Lord (2016) sin studie, der en tar utgangspunkt i smerter hos sederte pasienter på respirator, viste CPOT som et nyttig kartleggingsverktøy. Olsen og Rustøen (2011) legger vekt på at pasientens atferd bør vurderes, og at internasjonale retningslinjer anbefaler derfor enten BPS eller CPOT. Det ble ikke identifisert at sykepleierne i studien til Lindenskov og Bjørk (2016) benyttet CPOT og BPS ved identifisering av smerter. Samtidig, viste Bjørknes og Rustøen (2012) at CPOT og BPS ble lite brukt av sykepleierne. En mulig forklaring på dette er ifølge forfatterne at verktøyene er nye (Bjørknes & Rustøen, 2012). Det kan tolkes som at sykepleierne ikke benyttet kartleggingsverktøyene på grunn av mangel på kunnskap om at de eksisterer. Et uventet funn i studien til Bjørknes og Rustøen (2012) var at sykepleierne systematisk og ofte brukte VAS, GSC og MAAS som kartleggingsverktøy på avdelingen, til tross for at studien avdekket kartleggingsverktøyene som uegnet. Det kan dermed tenkes at sykepleierne i studien enten ikke er klar over at kartleggingsverktøyene er uegnet, eller at de ikke har andre alternativer å ta i bruk. Det kan i tillegg tenkes at sykepleierne har opplevd tilstrekkelig identifisering av enkelte pasienter, og dermed føler kartleggingsverktøyene likevel som egnet. Det kan tyde på at sykepleierne ikke har tatt til seg ansvaret om å utforske og holde seg oppdatert på ny kunnskap, med grunnlag for at to validerte kartleggingsverktøy ikke blir anvendt.

Lindenskov og Bjørk (2016) fremhever fagutvikling og kompetansehevende tiltak som ett behov for sykepleiere. McNamara et al (2012) synliggjør effekten av kompetanseutvikling, der en ser betydelig høyere kompetanse hos sykepleiere etter kurset som ble gjennomført i studien. Sykepleiere bør ha kunnskap og erfaring som tilrettelegger for sikker identifisering av smerte, men denne kunnskapen kan også ses på som en tidkrevende handling, både for avdelingen og den enkelte sykepleier. Å holde seg oppdatert på nye prosedyrer, nye sykepleietiltak og ny

behandling er en viktig del av yrket. Det kan samtidig diskuteres hvorvidt en sykepleier klarer å gjennomføre dette i praksis, da det krever en hel del av sykepleieren på en rekke områder. Hvordan en kan sikre god kompetanseutvikling er i denne oppgaven ikke et fokus, men resultatene viste samtidig viktigheten av økt fokus på opplæring, kunnskap og holdninger hos sykepleiere for tilstrekkelig identifisering av smerte til den bestemte gruppen pasienter. En ser særlig viktigheten av å synliggjøre kompetanseutvikling i oppgaven, med bakgrunn for at resultatene i de nevnte studiene viste til uegnet kartleggingsverktøy som en barriere, noe som ikke samsvarer med annen forskning som er presentert i oppgaven.

6.0 Konklusjon

Sykepleierne benyttet endringer av fysiologiske parametere til å identifisere postoperative smerter hos pasienter med redusert evne til selvrappotering. Fysiologiske parametere bør ses i sammenheng med psykologiske reaksjoner. Det bør være fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Forholdet bør være forbundet med tillit, trygghet og omsorg. Dette kan bidra til at sykepleierne lettere kan kjenne igjen og identifisere atferdsendringer forbundet med smerter. Psykologiske reaksjoner kan gi samme fysiologiske reaksjoner som ved smerter. Pasienten kan likevel føle på en stressreaksjon uten at smerte er et faktum.

Det er behov for at sykepleiere fokuserer på økt kunnskap, erfaringer og holdninger til postoperative smerter til pasienter med redusert evne til selvrappotering. Sammenhengen med å bruke den faglige kunnskapen, sammen med erfaringer og faglig skjønn er essensielt for identifiseringen av smerter. Viktigheten av gode rutiner og kunnskapsbasert fokus, kan gi sykepleieren veiledning til å ta det riktige valget. Et kartleggingsverktøy som er enkelt, konkret og presist, vil være til hjelp for å ikke la enkeltes erfaringer og følelser påvirke det sykepleiefaglige valget overfor pasienten negativt.

Det er få kartleggingsverktøy som er tilpasset den bestemte pasientgruppen. Kartleggingsverktøyet CPOT og BPS blir trekt frem som verktøy av validitet. Det kan diskuteres hvorvidt sykepleierne er klar over kartleggingsverktøyenes relevans til å identifisere smerter hos denne gruppen pasienter. Dette kan ses i sammenheng med mangel på kunnskap.

7.0 Referanser

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2017). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *I Klinisk sykepleie 1 (5.utg.)*(ss. 309-379). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørknes, G. & Rustøen, T. (2012). Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. *Sykepleien forskning*. 7 (1), 32-39. Doi: 104220/sykepleienf.2012.0022.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *I Klinisk sykepleie 1 (5.utg.)* (ss. 381-427). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner (3.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Friberg (red.), F. (2022). *Dags för uppsats (4. utg.)*. Studentlitteratur.
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). *Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. Sykepleien Forskning*. 10(4), 326-334. Doi: 10.4220/sykepleienf.2015.55983.
- Havik, O. E. (1989). *En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov?.* Nordisk Psykologi. 41 (3). 161-179.
- Høgn, M., Jensen, N.-H., & Pickering, A. P. (2015). *Smertebogen (1.utg.)*. Forfatterne og Munksggard .
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser (5.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie (2.utg.)*. Fagbokforlaget.
- International association for the study of pain. (2020). *Pain*. Hentet 15.november.2022 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *I Grunnleggende sykepleie bind 3 - pasientfenomener, samfunn og mestring (3.utg.)* (ss. 187-235). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø (red.), G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 1 (3.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø (red.), G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 3 (3.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindenskov, L & Bjørk, I.T. (2016). *Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. Universitetsforlaget Nordic Nursing Research*. 6 (2), 198-209. Doi: 10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08.

McNamara, M.C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). *Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. British Journal of Nursing*, 21 (16), 958-964.

Nortvedt, F. (2017). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *I Grunnleggende sykepleie bind 3 - pasientfenomener, samfunn og mestring (3.utg.)* (ss. 169-185). Gyldendal Norsk Forlag.

Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2018). *Smerte - fenomen og etikk (1.utg.)*. Gyldendal Norsk Forlag.

Olsen, B. F. & Rustøen, T. (2020). *Intensivpasienter må kartlegges systematisk for smerter. Sykepleien forskning*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80613

Olsen, B. F & Rustøen, T. (2011). *Er den norske versjonen av "Behavioral Pain Scale" pålitelig og brukervennlig. Sykepleien forskning*. 6 (3). 264-272.

Slørdal, L. (2021). Legemidler og bruken av dem. I H. Nordeng , & O. Spigset, *Legemidler ved smerter* (ss. 325-333). Gyldendal Akademisk.

Storsveen, A-M. & Hall-Lord, M-L. (2016). *The CPOT- a tool for pain assessment for intensive care patients. Sykepleien Forskning*. 10. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.59668

Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* . Universitetsforlaget .

Tønnessen, T. I. (1998). *Postoperativ smertebehandling (1.utg.)*. Ad Notam Gyldendal .

Vedlegg

Vedlegg I: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Kriterier	Begrunnelse
Inklusjon	Artikler som fokuserer på behandling av akutte smerter i forbindelse med sykehusinnleggelse.	Artiklene skal inneholde behandling av akutte smerter som pasienten opplever under sykehusoppholdet. Et eksempel på dette er smerter etter en operasjon. Vi har samtidig valgt å åpne opp for andre smerter som kan sammenlignes med postoperative smerter i forhold til smertelindring. Dette har vi gjort for at resultatet skal bli representativt for en større gruppe, og gir oss tilgang til å utforske flere artikler som er relevante i forhold til problemstillingen.
	Sykepleieperspektivet.	Studien må være fra et sykepleieperspektiv.
	Artikler som er godkjent av etisk komite eller tatt etiske vurderinger.	Artiklene skal også være godkjent av etisk komite, eller det skal være tatt etiske vurderinger. Dette for å sikre at det er blitt gjort tilstrekkelige etiske vurderinger.
	Artikler som tar for seg avdelinger på et sykehus.	Problemstillingen vår tar for seg først og fremst postoperative smerter. Vi har derimot valgt å inkludere alle sykehusavdelinger. Dette har vi valgt for å få tilgang på flest mulig gode artikler. Oppgavens problematikk kan man møte på avdelinger utenfor en kirurgisk post. Vi mener derfor at det er hensiktsmessig å ikke utelukke eventuell forskning som er blitt gjort på andre avdelinger.
Eksklusjon	Artikler som tar for seg andre typer smerter enn akutte smerter	Artikler som tar for seg behandling av ikke akutte smerter, slik som langvarige og kroniske smerter.
	Artikler som tar for seg andre perspektiver enn sykepleiere.	Artikler som tar for seg andre perspektiver enn sykepleieperspektivet ekskluderes.

Vedlegg II: Søkelogg

Dato	Datase	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Valgte artikler
20/10/22	Cinahl	S1: «nurse» OR «nurses» OR «nursing». AND S2: “attitudes” OR “knowledge” AND S3: “postoperative” OR “post-operative” OR “postsurgery” AND S4: “pain relief” OR “pain management” OR “pain control” OR “pain reduction”	Fra fagfelleverderte tidsskrift Tidsspenn : 2012-2022. Språklig avgrensning: engelsk, dansk, svensk og norsk	Antall treff etter avgrensning på fagfelleverderte, geografisk (Europa), språklig til engelsk, tidsspenn 2012-2022 og boolske operator «AND»: 43 artikler	4	2	1 <i>McNamara, Hamron & Saunders. Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain.</i>
23/10/22	Oriana	«Smertelindring» OG «sykepleie» OG «holdninger»	Fra fagfelleverderte tidsskrift Tidsspenn : 2012-2022 Språklig avgrensning til: engelsk, dansk, svensk og norsk	Antall treff før avgrensning: 17 Antall treff etter avgrensning: 4 artikler	2	1	1 <i>Granheim, Høilo, Raaum, Christophersen, Dihle</i> «sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne
23/10/22	Oriana	«smertes» ELLER «smerte» ELLER «smerteproblematikk» OG «postoperativ» ELLER «postoperativ»	Fagfelleverderte artikler Tidsspenn : 2010-2022 Språklig avgrensning til: engelsk, dansk, svensk og norsk.	Antall treff før avgrensninger: 25 218 Antall treff etter avgrensninger: 1 124 artikler	7	2	1 <i>Lindenskov & Bjørk</i> «sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperative smerter hos pasienter med redusert evne til selvrapporing»
26/10/22	Oriana	«smertevurderingsverktøy» ELLER «smertevurdering»	Fagfelleverderte artikler. Tidsspenn : 2012-2022	Antall treff før avgrensninger: 31 treff. Antall treff etter avgrensninger: 6 artikler	3	2	1 <i>Bjørknes & Rustøen.</i> «smertevurdering av sederte pasienter på respirator»

Litteratormatrise vedlegg III**Artikkel nummer 1: *Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain***

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
McNamara, M.H., Harmon, D. & Saunders, J. Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. British Journal of Nursing, 2012, Vol 21, No 16 p. 958-964.	Hensikten med denne studien var å vurdere effektiviteten av et akutt smerteopplæringsprogram, som skulle forbedre sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger rundt postoperativ smertebehandling.	Attitudes Postoperative pain Education study course Pain management.	Utvalg: Et utvalg på 59 sykepleiere deltok i utdanningsprogrammet om akutt smertelindring. Datasamling: Validerte spørreskjemaer ble fylt ut før, rett etter og 6 uker etter utdanningsprogrammet. Sykepleiere ble også bedt om å angi sitt syn på 18 utsagn om akutt smertebehandling.	Opplæringsprogrammet for akutt smerte forbedret sykepleieres kunnskap og holdninger til smertevurdering og smertebehandling ($p>0,01$). Programmet viste seg å ha best innflytelse umiddelbart etter smerteopplæringsprogrammet.

Artikkel nummer 2: *Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.*

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A.</p> <p><i>Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne</i></p> <p>Sykepleien Forskning. Nr 4, 2015; 10: 326-334.</p>	<p>Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.</p>	<p>Smerte Smertelindring Sykepleie Kunnskap Holdninger</p>	<p>Utvalg: Kvantitativ studie. Utvalget besto av 165 deltakere, der 83% besvarte spørreskjemaet.</p> <p>Datasamling: Studien er en tverrsnittstudie. Den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurse's Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N) ble brukt for å samle inn data til studien.</p>	<p>I gjennomsnitt svarte 71,1 prosent av sykepleierne og 58,5 prosent av sykepleierstudentene riktig på spørsmålene som ble gitt. Sykepleierne svarte betydelig bedre enn sykepleierstudentene.</p>

Artikkel nummer 3: *Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperative smerte hos pasient med redusert evne til selvrapporing.*

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>Lindenskov, L., & Bjørk, I.T.</p> <p><i>Sykepleieres kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.</i></p> <p><i>Nordisk Sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research, volume 6, no 2-2016 p. 198-209.</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske hvilke utfordringer erfarne sykepleier møter i kartlegging av postoperative smerter og evaluering av smertebehandlingen hos pasienter med redusert evne til selvrapporing</p>	<p>Akutt smerte Smerteatferd Vitale tegn</p>	<p>Utvalg: Kvalitativ studie der fokusgrupper og intervjuundersøkelse ble anvendt. Ni sykepleiere på postoperativ avdeling, med gjennomsnittlig 13 års erfaring deltok i studien.</p> <p>Datainnsamling: Fokusgruppeintervju der gruppene besto av 4-6 deltakere. Data ble samlet ved å intervjuer hver fokusgruppe to ganger.</p>	<p>Studien viste at deltakerne var usikre på kvaliteten, samt kartleggingen og evalueringen av smertebehandling til pasientgruppen. Studien konkluderte med at det er behov for å implementere egnet kartleggingsverktøy i smertebehandlingen av pasienter med redusert evne til selvrapporing på postoperative avdelinger.</p>

Artikkel nummer 4: Smertevurdering av sederte pasienter på respirator

Referanse	Studien hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn
<p>Bjørknes, G. & Rustøen, T.</p> <p><i>Smertevurdering av sederte pasienter på respirator</i></p> <p>Sykepleien Forskning, nr 1, 2012; 7: 32-39.</p>	<p>Hensikten med studien er å få økt kunnskaper om hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleiere anvender når de vurderer smerter hos sederte respiratorpasienter.</p>	<p>Smerter Sykepleie Respirator</p>	<p>Utvalg: Kvantitativ studie der 75 sykepleiere besvarte spørreundersøkelsen. Deltakerne i studien hadde i gjennomsnitt 15 års erfaring med pasientgruppen.</p> <p>Datasamling: Studien benyttet en tverrsnittsundersøkelse og bruk av spørreskjema for å samle inn data.</p>	<p>De mest brukte indikatorene på smerte var stigende blodtrykk, stigende hjertefrekvens, ansikt grimaser og stigende respirasjonsfrekvens. Blekhet, pupillstørrelse, fall i hjertefrekvens og fall i blodtrykk ble angitt som minst brukt. Utilstrekkelig vurdering av smerter var den barrieren flest sykepleiere var enig i, og hjelpemidler for smertevurdering ble sjelden benyttet.</p>