

BSYBAC_

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilke utfordringer møter sykepleier i den postoperative smertelindringen? Og hvordan kan sykepleier møte disse utfordringene for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03. januar 2023

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

Sammendrag

Bakgrunn

Opptil 10% av pasienter oppgir langvarige smerter etter kirurgi. Gjennom min praksis på ortopedisk avdeling erfarte jeg at smertelindring er en viktig del av sykepleiers daglige arbeidsoppgaver. Manglende kontroll av smerter kan påføre pasienten betydelig lidelse, og bidra til å øke komplikasjoner og dødelighetsraten etter gjennomgått kirurgi. Smertene kan føre til redusert livskvalitet, angst og depresjon. På et samfunnsmessig plan kan vedvarende smerter føre til økonomiske utfordringer knyttet til behandling og sykefravær. Ny kunnskap kan bidra til bedre postoperativ smertelindring, færre komplikasjoner og kortere innleggelser.

Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvilke utfordringer sykepleier opplever i den postoperative smertelindringen, og belyse hvordan disse utfordringene kan møtes for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring postoperativt.

Metode

I oppgaven har jeg brukt litteraturoversikt som metode, hvor jeg har analysert fire forskningsartikler. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant teori og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at det å bruke kartleggingsverktøy i smertevurdering isolert sett er utfordrende både for sykepleier og pasient. Resultatene viser at kommunikasjon og å opparbeide en relasjon og tillit med pasienten er viktig for god smertekartlegging.

Nøkkelord

Smertelindring, postoperative smerter, sykepleie, kartleggingsverktøy, kommunikasjon, pasientmedvirkning, relasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMFOMULERING	1
1.3 HENSIKT	2
2.0 TEORIKAPITTEL	3
2.1 HVA ER SMERTE – SMERTEFYSIOLOGI	3
2.2 SYKEPLEIERS ROLLE OG ANSVAR	3
2.3 POSTOPERATIV SMERTELINDRING	4
2.4 KARTLEGGING AV SMERTER	5
2.5 MENNESKE TIL MENNESKE FORHOLD	6
3.0 METODE	8
3.1 HVA ER METODE?	8
3.2 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	8
3.3 SØKEPROSESSEN	9
3.4 ANALYSE AV ARTIKLER	10
4.0 RESULTATER	11
4.1 KARTLEGGING AV SMERTER	11
4.1.1 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy	11
4.1.2 Sykepleiers kompetanse om smerteverktøy	12
4.1.3 Utfordringer ved å gjennomføre smertekartlegging	12
4.2 SAMHANDLING MED PASIENTEN.....	13
4.2.1 Kommunikasjon.....	13
4.2.2 Hindringer i kommunikasjonen.....	13
4.2.3 Sykepleier-pasient forhold	14
5.0 DISKUSJON	15
5.1 METODEDISKUSJON	15
5.2 RESULTATDISKUSJON	17
5.2.1 Hvilke utfordringer opplever sykepleier i den postoperative smertelindringen?	17

<i>5.2.2 Hvordan kan sykepleier møte de postoperative utfordringene for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring?</i>	<i>19</i>
6.0 AVSLUTNING	22
LITTERATUR	24
VEDLEGG 1: SØKELOGG	28
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	29

Antall ord: 7414

1.0 INNLEDNING

Ifølge Den norske legeforening bør alle avdelinger som ivaretar postoperative pasienter ha detaljerte rutiner og klare ansvarslinjer når det gjelder postoperativ smertelindring (Legeforeningen, 2009, s.14). God postoperativ smertelindring er viktig for pasientens velvære, men ifølge Fredheim et al. (2011, s.1772a) er god smertelindring også viktig for å forebygge venetrombose og hjerte- og lungekomplikasjoner. Omtrent halvparten av pasienter i norske sykehus får ikke den smertelindringen de trenger. Dette skjer selv om smertebehandlingen de siste årene har blitt betydelig bedre. 30-50% av de post-operative pasientene angir uakseptable smerter. Sykepleiere står i en særstilling til å observere, kartlegge og vurdere pasientens smerter, og selv om sykepleiere sitter på store mengder kunnskaper, er ikke pasienten tilfredsstilt (Danielsen et al., 2016, s.381)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom min praksis på ortopedisk avdeling erfarte jeg at smertelindring er en viktig del av sykepleiers daglige arbeidsoppgaver. I løpet av praksisen søkte jeg i relevant forskning og faglitteratur for å fordype meg i temaet. Ifølge Granheim et al. (2015) er smertelindringen hos den postoperative pasienten mangelfull. Studien viser et gap mellom den teoretiske kunnskapen og den praktiske kunnskapen sykepleiere og sykepleierstudenter har i forhold til smertelindring. Sykepleierne som deltok i studien, viste ikke alltid tiltro til pasientens evne til å rapportere egen smerte. Studien viste også stor engstelse for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Dette førte til at pasientene ikke ble tilstrekkelig smertelindret.

1.2 Problemformulering

Opptil 10% av pasienter oppgir langvarige smerter etter kirurgi (Breivik & Ljoså, 2021) Ifølge Fredheim rapporterer mange pasienter at de har moderate til intense smerter postoperativt. Dette er til tross for at mange pasienter oppgir å være fornøyde med behandlingen (Fredheim et al. 2011, s. 1763b). Manglende kontroll av smerter kan påføre pasienten betydelig lidelse, og bidra til å øke komplikasjoner og dødelighetsraten etter gjennomgått kirurgi (Legeforeningen, 2009, s,14). Smertene kan føre til redusert livskvalitet, angst og depresjon. På et samfunnsmessig plan kan vedvarende smerter føre til økonomiske utfordringer knyttet til behandling og sykefravær. (Sandvik & Rustøen, 2020). Ny kunnskap

kan bidra til bedre postoperativ smertelindring, færre komplikasjoner og kortere innleggelser.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer sykepleier opplever i den postoperative smertelindringen, og belyse hvordan disse utfordringene kan møtes for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring postoperativt.

2.0 TEORIKAPITTEL

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori som kan bidra til å belyse oppgavens hensikt. Først vil jeg definere hva smerte er. Videre vil jeg ta for meg hva som er sykepleiers rolle og ansvar, og deretter rette det mot den postoperative smertelindringen. Videre i kapitlet vil jeg fokusere på kartleggingsverktøy i smertevurdering og avslutningsvis vil jeg beskrive Joyce Travelbee sin teori, hvor hun retter fokus på sykepleierfagets mellommenneskelige forhold.

2.1 Hva er smerte – smertefysiologi

Smerte er et fenomen og en kroppslig erfaring vi opplever av det å ha det vondt. (Nordtvedt, F, 2016, s. 173). Smerter er den vanligste årsaken til å kontakte helsevesenet (Danielsen et al., 2016, s. 381). Norsk legemiddelhåndbok (2020) beskriver smerte som: “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv. Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold”.

Smerter kan deles inn i fire hovedgrupper; nociseptive smerter, nevrologiske smerter, psykogene smerter og idiopatiske smerter. Nociseptive smerter er de vanlige smertene alle kan kjenne på. Disse smertene kommer i forbindelse med vevsødeleggelser, som når vi stikker oss på noe skarpt, eller brenner oss (Slørdal, L., 2018, s. 326 & Romundstad, 2020).

Nevrologiske smerter oppstår som følge av en skade eller sykdom i nervesystemet. Disse smertene beskrives som brennende eller stikkende (NHI, 2020). Psykogene smerter skyldes verken vevsskade eller skader i nervesystemet. Dette er smerter vi kan oppleve som et symptom på psykisk lidelse. Psykogene smerter kan ikke behandles med analgetika (Slørdal, L., 2018, s.326). De idiopatiske smertene er smerter av ukjent årsak. Ikke heller her har analgetika dokumentert effekt (Slørdal, L., 2018, s. 326).

2.2 Sykepleiers rolle og ansvar

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Kristoffersen et al., 2016, s.17). Sykepleieren har en viktig funksjon i smertebehandlingen, og har et stort ansvar for å lindre pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) sier at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal ha

informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Sykepleier er lovfestet å gi pasienten informasjon, og kan ikke prioritere bort denne oppgaven. Det er derfor viktig å lage gode rutiner for å sikre brukermedvirkning i hele sykdomsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.23). Sykepleier skal alltid utføre arbeidet sitt i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes (Helsepersonelloven, 1999, §4). En sykepleier har mange funksjonsområder, og god klinisk sykepleie har mange kjennetegn. For å utøve god klinisk sykepleie må sykepleier rette oppmerksomheten mot pasienten for å skape en trygg relasjon. Sykepleier må tilpasse seg den enkelte pasient og situasjon, ivareta sitt faglige ansvar og arbeide etter sykepleieprosessen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.21). For å kunne ta kliniske vurderinger og beslutninger må sykepleier ha en kunnskapsbase som bygger på teori og forskning, erfaring og personlige kunnskaper, og denne kunnskapen må alltid oppdateres og fornyes (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24). For å kunne gi pasienten god smertelindring, må sykepleier ha kunnskaper om hva smerte er, og hvordan det oppstår. Kartlegging og vurdering av smerter er derfor en viktig oppgave sykepleiere gjør (Danielsen et al, 2016, s. 388).

2.3 Postoperativ smertelindring

Målet i smertebehandling er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet. Kroniske smerter kan medføre dårligere livskvalitet, og nedsatt funksjonsevne (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6). Riktig behandling av akutte smerter er viktig, da det er vist en sterk sammenheng mellom dårlig behandling av akutte smerter og utviklingen av kroniske smerter (Danielsen et al, 2016, s.381). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). De siste årene har smertebehandlingen, og kunnskaper om smertebehandling, blitt betydelig bedret. Likevel er det mange pasienter som ikke får den smertebehandlingen de trenger, og behandlingen av kroniske smerter blir dårlig ivaretatt. Sykepleiere tolker pasientens smerter ut fra egne erfaringer, kunnskaper og skjønn. Det er likevel viktig å vite at det ikke er sykepleieren, men pasienten selv som vet om de har smerter (Danielsen et al, 2016, s. 382). En norsk studie synliggjorde et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger i smertelindring av postoperative pasienter. Et fåtall av sykepleierne og studentene som deltok i studien tok hensyn til pasientens egen vurdering av smerter. De vurderte pasientens smerte lavere enn pasienten selv, basert på atferd og mobilisering. Studien viser at holdningsendring og kunnskapsøkning var nødvendig (Granheim et al., 2015).

Den postoperative smertebehandlingen bør planlegges preoperativt. Behovet for analgetika varierer etter størrelsen på inngrepet, pasientens alder, vekt og kjønn. Jo større inngrep pasienten gjennomgår, jo mer sammensatt er smertelindringen (Berntzen et al., 2016, s. 361). Postoperativ smertelindring bør ta utgangspunkt i smertetrappen. Smertetrappen er et grunnleggende prinsipp for å behandle smerter av ulike grader (Mæhre, E., 2020). Rutinemessig gis det vanligvis Paracetamol sammen med NSAID-preparater etter gjennomgått kirurgi. For mindre kirurgiske inngrep er dette ofte tilstrekkelig for å oppnå smertelindring. Den regelmessige bruken av Paracetamol og NSAIDs reduserer behovet for opioater. Opioider er ofte nødvendig etter middels til store kirurgiske inngrep for å oppnå tilstrekkelig smertelindring. Individualisert opioidbehandling kan brukes i alle trinnene av smertetrappen (Berntzen et al, 2016, s. 362 & Danielsen et al, 2016, s. 396).

2.4 Kartlegging av smerter

Kartlegging og vurdering av smerter er avgjørende for å kunne gi pasienten god smertelindring. Det er viktig at pasienten selv er aktiv i denne prosessen, slik at pasienten vet hva som forsterker smertene, og hva som er med på å lindre smertene. For sykepleieren er det viktig å innhente informasjon om hvor smerten er lokalisert, intensiteten av smertene og varigheten av smertene (Danielsen et al, 2016, s.388). Smertevurderingsskalaer er gunstige å bruke for å utføre kartleggingen systematisk. Dette gjør at pasienten selv kan gi en vurdering av egne smerter, og det gjør det lettere for sykepleier å måle effekten av smertestillende da svarene pasienten gir er sammenlignbare fra gang til gang (Danielsen et al, 2016, s.390). Smerteskalaer er ofte enkle å forstå, men det er viktig å forsikre seg om at pasienten har fått nødvendig informasjon og har forståelse for bruken av en slik skala. Pasienten bør få denne informasjonen før de opplever sterke smerter, og det kan derfor være hensiktsmessig å informere om smerteskalaer preoperativt (Danielsen et al, 2016, s.391). Det er flere forskjellige skalaer som blir brukt for å kartlegge smerter. Det blir brukt visuelle skalaer, verbale skalaer og ansiktsskalaer. Jeg kommer til å ta utgangspunkt i de visuelle skalaene visuell analog skala (VAS) og visuell numerisk skala (NRS). På den visuelle skalaen tar pasienten utgangspunkt i en linje, hvor det ene ytterpunktet markerer at de ikke er smertepåvirket, og det andre ytterpunktet markerer verst tenkelig smerte. På en NRS skala vil tallet 0 indikere ingen smerter, og tallet 10 indikere verst tenkelig smerte. Målet er at pasienten ikke skal overskride en NRS skår på 3 i den postoperative smertebehandlingen (Danielsen et al, 2016, s.391 & Legeforeningen, 2009, s.14). Dersom det ikke er tall på denne

linjen, men bare ytterpunkter er det en VAS skala. Her skal pasienten plassere smerten sin der de syntes den passer på streken (Danielsen et al, 2016, s.391). For at disse kartleggingsverktøyene skal ha en verdi i det kliniske bildet må sykepleier inkludere dette i de rutinemessige observasjonene og bruke dem aktivt. Ved å bruke disse verktøyene blir sykepleier mer bevisst på sitt eget ansvar med å smertelindre pasienten (Danielsen et al, 2016, s. 390).

2.5 Menneske til menneske forhold

I denne oppgaven vil jeg bruke Joyce Travelbee sin teori for å belyse viktigheten av god relasjon og kommunikasjon i sykepleie. Grunntanken til Joyce Travelbee er at den profesjonelle sykepleieren må etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Dette er for å etablere en relasjon hvor man speiler hverandre som unike menneskelige individer, ikke som et maktforhold mellom en profesjonell sykepleier og den syke. Menneske-til-menneske-forholdet har som hensikt å hjelpe pasienten, eller dens pårørende, med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 171). Etableringen av dette forholdet, og opplevelse av gjensidig forståelse og kontakt, mener Travelbee bør være det overordnede målet for all sykepleie. Travelbee beskriver fire faser sykepleier og pasient må gjennom for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 172). Den første fasen Travelbee beskriver er *det innledende møtet*. Dette er når sykepleier og pasient møter hverandre for første gang. I dette møtet ser de hverandre i liten grad som unike individer, men som “en sykepleier” og “pasient”. Denne fasen er viktig for å danne et førsteinntrykk, som baserer seg på observasjoner og antakelser, men den er også viktig for å bryte stereotypiske forestillinger om hverandre (Travelbee, 2001, s. 186-187). *Fremvekst av identitet* er den andre fasen Travelbee beskriver. Her betraktes den andre parten i mindre grad som en kategori, og i større grad som sin egen identitet. Det etableres en tilknytning til hverandre hvor identitet kommer frem, og en erkjenner hverandre som unike (Travelbee, 2001, s.188-189). *Empatifasen* er den fasen hvor den enkelte er i stand til å se forbi den andres ytre atferd, men heller fokusere på hva den andre tenker og føler (Travelbee, 2001, s. 193). Empati er en sentral evne for at neste fase skal kunne oppnås. *Sympati og medfølelse* går ett skritt videre enn empati, og vises med et ønske om å lindre plager. Gjennom sympati og medfølelse tar en del i den andres følelser, og opplever medlidenhet. Det handler også om å gi noe av seg selv, og å bli sårbar gjennom dette. I denne fasen vil pasienten opparbeide en tillit

Kandidatnummer: 1580

til sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 200 & 210). Disse fire fasene fullføres i gjensidig forståelse og kontakt i et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 211).

Travelbee beskriver smerter som vanskelige å formidle, men ikke minst vanskelig å tolke. Det vil være vanskelig for den som opplever smerte å uttrykke dette til sykepleier. På samme måte vil det være vanskelig for sykepleier å vurdere graden av smertene. Travelbee sier også noe om faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen. Sett bort i fra årsak, intensitet og varighet beskriver hun at angst og frykt vekkes når en person opplever smerter. Hun beskriver at måten sykepleier handler på kan påvirke pasientens opplevelse av angst og frykt. Dersom sykepleier viser omsorg og interesse for pasienten kan dette være med å berolige pasienten. Det verste for pasienten er dersom sykepleier ikke tror på pasientens egne vurderinger (Travelbee, 2001, s.114-115).

3.0 METODE

Metodekapitlet har som hensikt å vise hvordan jeg har kommet frem til den forskningslitteraturen jeg har brukt for å svare på hensikten med oppgaven, samt å gi en begrunnelse for valget av aktuell litteratur (Dalland, 2020, s. 197).

3.1 Hva er metode?

Metode forteller oss hvordan vi går frem for å finne eller etterprøve informasjon og kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode slik: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Vilhelm Aubert, 1985, s.196, sitert av Dalland, 2020, s. 53)

Empiriske studier anvender hovedsakelig kvalitativ, kvantitativ eller en kombinasjon av disse metodene. Hvilken metode som blir brukt avhenger av hva man ønsker å undersøke.

Kvalitativ tilnærming går i dybden for å fange opp informasjon. Dette gjøres som regel i form av intervjuer og observasjoner som henter mange opplysninger, fra relativt få undersøkelsesenheter. De kvalitative dataene er basert på erfaringer og opplevelser. (Dalland, 2020, s.55) Kvantitative tilnærming gir oss data i form av tall og statistikk. Kvantitativ tilnærming går i bredden, og har som hensikt å få frem noe representativt. Undersøkelsene skjer hovedsakelig i form av spørreundersøkelser og observasjoner uten direkte kontakt med feltet som undersøkes (Dalland, 2020, s. 55).

Hensikten med denne oppgaven etterspør hvilke utfordringer sykepleier opplever i den postoperative smertelindringen, og hvordan disse utfordringene kan møtes for å gi pasientene tilstrekkelig smertelindring. På bakgrunn av dette har denne oppgaven en kvalitativ tilnærming.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Jeg har skrevet en litterær oppgave ved å bruke litteraturstudie som metode (Dalland, 2020, s. 187). Litteraturstudie som metode handler om å skape en oversikt over kunnskaper innen et spesifikt område. Det handler om å finne allerede eksisterende forskning for å få en ide av hva som undersøkes. I en litteraturstudie er det ikke bare resultatet av forskningen man er ute

etter, her er det også viktig å ta stilling til metoden som er brukt, teoretiske utgangspunkt og hvordan det drøftes i oppgaven (Friberg, 2017, s. 141).

3.3 Søkeprosessen

For å finne relevant forskningslitteratur til oppgaven søkte jeg i databasene CINAHL, Medline og Svemed+ da dette er databaser som har aktuell forskning for helsefag. I tillegg brukte jeg søkemotoren Oria, men i søkeprosessen fant jeg få relevante studier som passet til min oppgave både i Oria og Svemed+. Disse søkemotorene har hovedsakelig skandinaviske artikler, og hadde derfor et begrenset antall artikler å velge mellom. Derfor er de fleste av artiklene mine hentet fra CINAHL, men også én er hentet fra Medline. I disse databasene fikk jeg mange gode resultater, og hadde et bredt utvalg av studier jeg kunne velge mellom.

For å finne relevante artikler, avgrenset jeg søkene mine ved hjelp av relevante søkeord. For å finne svar på hvordan sykepleier kan oppnå tilstrekkelig smertelindring hos den kirurgiske pasienten var det relevant å søke etter *smertes, kirurgi og sykepleie*. Da jeg hovedsakelig brukte CINAHL som database måtte jeg oversette søkeordene mine til engelsk. Jeg brukte da MeSH-termer, som er et emneordssystem innenfor medisin og helsefag, som gjør det enklere å oppnå presise litteratursøk i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2022). I mitt søk brukte jeg en kombinasjon av disse MeSH-termene for å finne artikler: *postoperativ pain, nursing, pain management og assessment*. Dette ga mange resultater, og jeg måtte derfor avgrense søkene mine ytterligere. Under avansert søking krysset jeg av for at alle artiklene skulle være "Peer reviewed", i tillegg satte jeg begrensning på at artiklene ikke var eldre enn 10 år. På de søkene hvor jeg likevel fikk mange treff, satte jeg begrensninger på at det måtte være engelsk tekst, at en av forfatterne måtte være sykepleier og at forskningen var gjennomført på personer over 18 år.

Valg av artiklene er basert på følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriteriene er at artiklene følger IMRaD-struktur, som har som hensikt å skape en systematisk oversikt i artiklene (Dalland, 2020, s. 157). Artiklene er fagfellevurderte, er ikke eldre enn 10 år, og de ble funnet ved hjelp av anerkjente databaser. For å sørge for overføringsverdi til norsk helsevesen, valgte jeg systematisk kun forskning fra skandinaviske land. Artikler som ikke tilfredsstilte disse inklusjonskriteriene, ble derfor valgt bort. Nedenfor vises en enkel oversiktstabell over de valgte artiklene.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Bach et al, 2018, Postoperativ Pain Management: A Bedside Perspective	Samhandling med den postoperative pasienten	Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleier og pasient samhandlet, kommuniserte, vurderte og kom frem til felles mål i behandlingen av postoperative smerte på kirurgisk sengepost.	Sykepleieperspektiv	Forskningen er en kvalitativ studie
Wikstöm et al, 2015, Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis	Vurdering av postoperative smerter	Hensikten med denne studien var å belyse hvordan helsepersonell på sengepost oppdaget og vurderte postoperative smerter, i tillegg til hvilke tiltak de iverksatte for å smertelindre pasienten.	Sykepleieperspektiv	Forskningen er en kvalitativ studie
Eriksson et al, 2013, Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperativ pain assessment	Bruken av kartleggingsverktøy i smertevurdering	Hensikten med studien er å vurdere hvordan pasienter på postoperativ sengepost oppfatter bruken av numeriske rateskalaen i sin egen smertevurdering.	Pasientperspektiv	Forskningen er en kvalitativ studie
Kaptain et al, 2016, Patient participation in postoperativ pain assessment after spine surgery in a recovery unit	Samhandling med den postoperative pasienten	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter som gjennomgår ryggoperasjon selv deltar i egen smertevurdering.	Pasientperspektiv	Forskningen er en kvalitativ studie

Tabell 1

3.4 Analyse av artikler

For å analysere dataen fra artiklene har jeg anvendt Friberg sin litteraturoversikt, og jobbet systematisk ut ifra de fem punktene som blir presentert (Friberg, 2017, s. 150). Først leste jeg grundig gjennom de utvalgte artiklene flere ganger for å forstå innholdet og for å se sammenhenger. Deretter foretok jeg en datareduksjon hvor jeg hentet ut resultatene fra artiklene som passet til min hensikt til videre analysering. I fase tre laget jeg en oversiktstabell over de relevante resultatene for å få en tydelig oversikt. I fase fire sammenlignet jeg resultatene fra alle artiklene med hverandre for å identifisere mønstrene og kvalitetssikre tolkningen av de utvalgte artiklene. Til slutt dannet jeg meg et forståelig bilde av resultatene slik at jeg kom frem til to hovedfunn og seks underkategorier som var relevante for min hensikt.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet blir resultatene fra litteratursøket som ble beskrevet i kapittel 3 presentert. I analysearbeidet kom jeg frem til to hovedfunn, og seks underkategorier som var relevante for min hensikt. Disse blir presentert i tabellen under.

Hovedfunn	Underkategorier
Kartlegging av smerter	<ul style="list-style-type: none">- Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy- Sykepleiers kunnskaper om kartleggingsverktøy- utfordringer ved å gjennomføre smertekartlegging
Samhandling med pasienten	<ul style="list-style-type: none">- Kommunikasjon- utfordringer i kommunikasjon- Sykepleier – pasient forhold

Tabell 2

4.1 Kartlegging av smerter

4.1.1 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy

Samtlige av studiene problematiserer bruken av NRS og VAS, både fra et sykepleieperspektiv og et pasientperspektiv. Dette går spesielt ut på bruken av disse kartleggingsverktøyene isolert (Bach, et al., 2018; Eriksson et al., 2013; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015). I studien til Bach et al. (2018, s. 614) vises det til at sykepleierne i studien var kritiske til bruken av VAS, og at denne skalaen sjeldent ble brukt. Sykepleierne observerte pasienten under mobilisering, og gjorde seg opp en mening om pasientens smerter basert på pasientens kroppsspråk. Bruk av kartleggingsverktøy sees å ha stor betydning i smertekartleggingen, men det forutsetter en god dialog mellom sykepleier og pasient (Kaptain, 2016, s. 2990 & Wikstöm et al. 2015, s. 608). Når pasienten ble vist omsorg økte dette dialogen om smerter mellom pasient og sykepleier (Wikstöm et al. 2015, s. 806). Det vises også til at regelmessig vurdering av smerter førte til at pasienten følte seg trygg og ivaretatt (Eriksson et al. 2013, s. 43 & Kaptain et al. 2016, s. 2991).

Pasientene i studien til Eriksson et al, (2015, s. 44), gir uttrykk for tolkingsvansker i bruken av NRS og at dette kartleggingsverktøyet alene var utilstrekkelig for å beskrive egne smerter. De beskriver at et tall ikke var nok for å beskrive *hvordan* de opplevde smertene. Flere av pasientene i studien til Kaptain et al., (2016, s.2990) hadde også vansker med å vurdere

betydning av tallene. "Is it 6 or 8. . .or what is it? What`s the difference between 7 and 8? I don`t know, I think it is very difficult" (Kaptain et al., 2016, s.2990).

4.1.2 Sykepleiers kompetanse om smerteverktøy

Som tidligere nevnt var sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) kritiske til bruken av VAS, og brukte sjeldent denne skalaen i smertevurderingen. Funnene i studien viser at systematisk vurdering og evaluering av pasientens smerter ikke var integrert i den daglige sykepleiepraksisen. I få tilfeller ble pasienten integrert i egen smertekartlegging. Dette var hovedsakelig fordi sykepleierne ikke stolte på pasientens egen vurdering av smerter. Dersom pasienten oppga VAS-skår på 9, men mestret å gå i korridoren konkluderte sykepleier med at skåren pasienten oppga ikke var riktig.

They asked me and I said: well I`m about 5-6. "Wow, do you have so much pain" they said and I realized my pain wasn`t so bad. They used it like, they compare them, so they relate it to like then they`ve so sort of norm in their heads so to speak (Eriksson et al, 2013, s. 43).

4.1.3 Utfordringer ved å gjennomføre smertekartlegging

Wikstöm et al. (2015, s. 806) viser at tid, ressurser og struktur i arbeidshverdagen kan ha stor betydning for hvordan smertekartleggingen ble gjennomført. Dersom sykepleier hadde tid, ble pasienten lyttet til, og sykepleier gav bekreftelse på informasjonen pasienten ga. De dagene sykepleier opplevde tidspress viste dette at pasienten var i fare for å bli misforstått, eller at sykepleier stilte ledende spørsmål, noe som førte til manglende smertevurdering.

Pasientene viser til at det var vanskelig å anvende NRS etter gjennomført kirurgi. Dette var fordi smerten de hadde før og etter operasjonen ikke var samme type smerte (Kaptain et al, 2016, s. 2990). Pasientene hadde ikke kunnskaper om hvor sterke smerter de skulle forvente etter kirurgi, og det var derfor vanskelig å vurdere hvor mye smerter de skulle tolerere (Eriksson, 2013, s.44. & Kaptain, 2016, s. 2990). "I had no idea of what sort of pain I would experience when I woke up, I had never experienced that type of pain before" (Kaptain, 2016, s. 2990).

4.2 Samhandling med pasienten

4.2.1 Kommunikasjon

Bach et al. (2018) viser til at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient hovedsakelig skjer på sykepleiers initiativ. Pasienten tilkalte sjeldent sykepleier for å informere om egne smerter. Sterke smerter kunne være et hinder for pasienten i forbindelse med å formidle eget behov for smertestillende til sykepleier. Smertene var så sterke at det gjorde kommunikasjonen vanskelig (Wikstöm et al, 2015, s. 804., Kaptain, 2016, s. 2989). Når pasienten ikke var i stand til å formidle hvordan smerten opplevdes hadde sykepleieren begrenset informasjon for å smertelindre. Når kommunikasjonen var dårlig, tok det tid for sykepleieren å identifisere hvilken type medikament pasienten hadde behov for (Kaptain, 2016, s. 2989). Pasienter ønsket ikke prate om egne smerter. Pasientene var redd for å bli oppfattet som svak, eller å måtte være til bry for sykepleierne som var på jobb. Som en konsekvens kunne dette føre til at smertene pasienten opplevde ble underkommunisert. Dersom pasienten ikke ønsket å prate om egne smerter forsøkte sykepleier å bli bedre kjent med pasientene, og informere om viktigheten av å rapportere egne smerter (Wikstöm et al, 2015, s. 804). "He was very affected by pain (when moving), but rated his pain only as NRS 1-2. After information and long discussion about NRS he rated his pain as 5" (Wikstöm et al, 2015. S. 805)

I flere tilfeller hvor pasienten spurte etter smertestillende ble de motivert av sykepleier til å bevege seg ut av sengen for å gå noen skritt før analgetika ble gitt. Dette ble gjort uten at sykepleier ga pasienten en forklaring på hvorfor postoperativ mobilisering er så viktig, og dermed ble smertestillende oppfattet som en belønning for å bevege seg (Bach et al, 2018, s. 613). Det å gi pasienten grundig informasjon rundt smertebehandling, smertekartlegging og bruk av smerteskala var viktig for å fremme pasientmedvirkning (Eriksson et al, 2013, s. 44).

4.2.2 Hindringer i kommunikasjonen

Pasientene i Kaptain et al. (2016, s. 2989) sin studie bemerket problemer ved å beskrive egne smertene etter kirurgi. ". . . I had problems speaking, when I was in pain, so I didn't describe my pain, as such" (Kaptain, 2016, s. 2989). Pasienter brukte ofte kroppsspråk og non-verbal kommunikasjon, istedenfor ord, for å gi uttrykk for smerter. Dette kunne være å skjære grimaser, myse øynene eller lage lyder som tydet på smertepåvirkning. Dette kunne bli et problem, fordi sykepleier ikke alltid forsto denne formen for kommunikasjon (Bach, 2018, s,

613). Dersom smertene var veldig sterke, hadde pasientene problemer med å prate, og fikk derfor ikke kommunisert hvor smertepåvirket de var. Pasientene oppga også at anestesi og opioater var faktorer som påvirket kommunikasjonen. Pasientene følte seg tungt sedert og søvnig etter inntak av opioater og anestesi, noe som påvirket formidlingsevne til pasienten (Kaptain et al, 2016, s. 2989). Dette var også en barriere i Wikstöm et al. (2015, 804) sin analyse. Pasienter som hadde bivirkninger av analgetika, ble søvnige og hadde ikke muligheten til å kommunisere. “I think that I was so drugged that I couldn’t say anything about where I had pain . . . I was so dozy, and just sleeping” (Kaptain et al, 2016, s. 2989).

4.2.3 Sykepleier-pasient forhold

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten skjedde ofte i forbindelse med daglige rutiner som utdeling av medikamenter, servering av mat og postoperativ mobilisering. Spørsmålene sykepleier spurte pasienten var ofte generelle, som “har du det bra?”, istedenfor å spørre direkte om pasienten har smerter (Bach et al., 2018, s. 613). Wikstöm et al. (2015, s. 806) viser til at kontinuiteten i omsorgen ble påvirket av sykepleiernes planlegging. Det å ha ansvar for en pasient i mer enn en vakt hadde positive konsekvenser. Ved å ha ansvar for samme pasient flere dager på rad, førte det til økt kunnskap om pasienten og dens smertehistorie. Dette økte kvaliteten på informasjonen som ble utvekslet mellom begge parter. Sykepleier-pasient-forholdet var vesentlig for pasientene i flere av studiene (Kaptain et al., 2016, s. 2991 & Wikström et al, 2015, s. 806). Hyppigheten av sykepleierkontakt førte til at pasientene følte seg trygge og ivaretatt (Kaptain et al., 2016, s. 2991). Det å vise forståelse, empati og å introdusere seg selv var handlinger som førte til økt tillit og pasienten ble tryggere på å snakke om, og vurdere smertene sine (Wikström et al., 2015, s. 806). “The nurse was near by all the time, this means something. . . it makes me feel secure” (Kaptain et al, 2016, s. 2991). Tilstedeværelsen til sykepleier kunne også ha betydning for pasientens smerter. Sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) tilbød pasientene sine ikke-medikamentell smertebehandling. Dette kunne være en varnepute, eller noe så enkelt som å bli hos pasienten for å gi fysisk og følelsesmessig støtte ved å være til stede. Når kontakten var jevnlig følte pasienten seg sett, og behovet for å tilkalle sykepleier for å be om smertestillende ble mindre da sykepleier ofte var i forkant (Kaptain, 2016, s. 2991). “Every time I had pain, they came and asked me if I was in pain, it was as if they could sense that I was in pain” (Kaptain et al, 2016, s. 2991).

5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal jeg først diskutere litteraturoversikt som metode. Jeg vil diskutere de utvalgte artiklene sin gyldighet og relevans. Først vil jeg diskutere forskningsartiklenes relevans for norsk helsevesen, deretter vil jeg se på forfatterens faglige bakgrunn og om etiske forhold er ivaretatt i studiene. Jeg vil videre diskutere hvem deltakerne i studien er, før jeg til slutt diskuterer bruken av litteraturoversikt som metode. I andre del av kapittelet kommer resultatdiskusjonen hvor jeg vil diskutere resultatene sett i lys av sammenheng mellom teori og egne refleksjoner. Her vil jeg starte med å diskutere utfordringene sykepleier møter i den postoperative smertelindringen, deretter vil jeg diskutere hvordan sykepleier kan møte disse utfordringene.

5.1 Metodediskusjon

En vesentlig faktor vil være å undersøke om de utvalgte studiene er relevante for norske forhold. Smertelindring er et tema som har blitt forsket mye på i ulike land i verden. På grunn av store forskjeller i kultur og økonomi, kan det tenkes at all denne forskningen som er gjort ikke er sammenlignbart med det norske helsevesenet. Dette gjelder også sykepleiers ansvarsrolle i ulike institusjoner. Jeg har derfor valgt studier som er utført i Skandinavia. Dette er land som kan tenkes er representative for norsk helsevesen da de også er ledende innen sosialdemokratiske velferdsmodeller (Christensen & Berg, 2022). Jeg ønsket å innhente data fra en forskningsarena som er aktuell for pasienter med postoperative smerter. Jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i pasienter innlagt på sengepost på sykehus da det er der sykepleier oftest kommer i kontakt med den postoperative pasienten. Samtlige av studiene er gjennomført på kirurgisk sengepost på skandinaviske sykehus (Bach, et al., 2015; Eriksson et al., 2014; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015).

Det er interessant å se på artiklenes gyldighet (Dalland, 2020, s.43). Ved å undersøke forskernes faglige bakgrunn fant jeg ut at samtlige av forfatterne er sykepleiere, og det kan derfor tenkes at de har klinisk erfaring fra yrket (Bach, et al., 2015; Eriksson et al., 2014; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015). Flere av sykepleierne var spesialutdannet, eller hadde en mastergrad. I tillegg hadde flere av forskerne doktorgrad, eller var doktorgradskandidater. Ifølge Dalland (2020, s. 168) må alle sider ved forskningen vurderes for at den skal være etisk riktig å gjennomføre. Helsinkideklarasjonen fungerer som en etisk grunnlov for all forskning

Kandidatnummer: 1580

på mennesker (Førde, 2014). Alle artiklene i denne oppgaven har fått etisk godkjenning for å gjennomføre sin forskning (Bach, et al., 2015; Eriksson et al., 2014; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015).

Deltakerne i studiene inkluderer både pasienter, sykepleiere, leger og “enrolled nurses” (Bach, et al., 2015; Eriksson et al., 2014; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015). “Enrolled nurses” har kvalifikasjoner på diplomnivå, men har ikke en bachelorgrad slik som en registrert sykepleier har (Indeed, 2021). Det vil si at det blir presentert forskning både fra et sykepleieperspektiv, og fra et pasientperspektiv. Dette kan være hensiktsmessig for å se dypere på hvilke utfordringer sykepleier møter i den postoperative smertelindringen, men også for å belyse hvordan disse utfordringene kan møtes, da pasienten i stor grad også er delaktig i sin egen smertelindring. Ved å se på utfordringene fra et sykepleieperspektiv og et pasientperspektiv kan dette være med å øke validiteten i min oppgave.

Metoden jeg har valgt å bruke er en litteraturoversikt, som betyr at jeg har brukt andres forskning for å finne svar på min hensikt ved å sammenligne, verifisere og trekke konklusjoner (Friberg, 2017, s. 150). En ulempe ved å anvende denne metoden er at den kan bli selektivt fremstilt. Forskeren kan selv velge ut forskning som støtter deres egen posisjon, og dermed kan annen relevant forskning som ikke støtter deres syn bli ekskludert (Friberg, 2017, s. 143). Da jeg startet søkeprosessen, var jeg usikker på hvor mange forskningsartikler som var hensiktsmessige å inkludere. Retningslinjene fra universitetet anbefalte mellom fire til åtte artikler. Jeg valgte å bruke fire forskningsartikler i oppgaven. I løpet av prosessen ble det vurdert om jeg burde inkludere flere, men konkluderte med at de valgte forskningsartiklene var tilstrekkelige, da de går dypt inn i temaet til oppgaven. Dersom jeg hadde inkludert flere forskningsartikler, kan det tenkes at dette kunne blitt uoversiktlig, og med begrenset tid til rådighet ville det vært utfordrende å gjennomføre analyse av flere studier. Samtlige av forskningsartiklene jeg har benyttet var skrevet på engelsk, og det er en mulighet for at jeg kan ha mistet noen nyanser i oversettelsesarbeidet (Bach, et al., 2015; Eriksson et al., 2014; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015). Sett i lys av situatene jeg har med i oppgaven kan dette være med å bekrefte at oversettelsen er gjort riktig.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Hvilke utfordringer opplever sykepleier i den postoperative smertelindringen?

For det første viser Wikstöm et al. (2015) og Eriksson et al. (2013) at tid, ressurser og mangel på struktur er faktorer som påvirker om smertekartleggingen var gjennomførbar eller ikke. Mange sykepleiere sitter på et stort ansvar, og dette i kombinasjon med mange arbeidsoppgaver kan føre til at rutineoppgavene blir prioritert fremfor å utføre smertekartlegging. Dersom pasienten opplevde at sykepleieren var stresset, ville pasienten unngå å være til bry ved å informere om egne smerter (Wikstöm et al, 2015, s.804). Samtlige av studiene problematiserer bruken av NRS og VAS (Bach, et al., 2018; Eriksson et al., 2013; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015). I flere av forskningsartiklene er det vist at sykepleierne har kjennskap til kartleggingsverktøy, men velger å ikke bruke dem aktivt (Bach et al. 2018 & Wikstöm, 2015). Pasientene og sykepleierne hadde ikke nødvendigvis den samme forståelsen av tolkningen til disse kartleggingsverktøyene (Kaptain et al, 2016). Dersom pasienten har manglende kunnskaper om smertebehandling og tidspunkter for analgetika kan dette være faktorer som reduserer deres deltakelse i vurderingen av postoperative smerter. Som Berntzen et al. (2016, s.361) skriver bør den postoperative smertebehandlingen planlegges preoperativt. Pasienten må ha informasjon om hvorfor det er viktig at smertene ikke skal hindre de postoperative aktivitetene. I flere av de analyserte studiene hadde ikke pasientene kunnskaper om hvor sterke smerter de skulle forvente etter kirurgi, og det var derfor vanskelig å vurdere hvor mye smerter de skulle tolerere (Eriksson, 2013, s.44 & Kaptain, 2016, s. 2990). Pasienten må ha forståelse for at de selv er en viktig samarbeidspartner for sykepleier, og at de selv har et ansvar for å informere dersom de er smertepåvirket. Her er det også viktig med informasjon om bruken av en smerteskala, slik at første møte med denne ikke kommer når pasienten opplever sterke smerter. Det kan tenkes at det er lettere for pasienten å si ifra om smerter når han har kjennskap til det før operasjonen (Berntzen et al, 2016, s.322). Travelbee beskriver at smerter er vanskelige å formidle, men også vanskelig å tolke. Dersom pasient og sykepleier opparbeider et forhold hvor maktforholdet mellom dem er satt til side, vil dette kunne åpne for en bedre dialog og en større forståelse for hverandre (Travelbee, 2001). I studien til Wikström et al. (2015, s.806) bekreftes dette. Det å ha ansvar for den samme pasienten flere vakter på rad, førte til økt kunnskap om pasienten, og kvaliteten på informasjonen som ble utvekslet ble bedre. Her kan det tenkes at menneske-til-menneske-forholdet spilte en betydelig rolle (Wikström et al, 2015 & Travelbee, 2001).

For det andre må sykepleier ha forståelse for at smerte er en subjektiv følelse. Dette betyr at smerten er det pasienten sier den er (Danielsen et al, 2016, s.383). Joyce Travelbee sier noe om at dersom sykepleier mangler kunnskaper, vil sykepleier ikke kunne ivareta pasientens behov på en god måte. Gode intensjoner og høflighet kan ikke erstatte sykepleiers kunnskaper (Travelbee, 2001, s184). En norsk studie gjennomført i 2015 avdekket gjennom en spørreundersøkelse at sykepleiere og sykepleiestudenter har gode teoretiske kunnskaper om at det er pasienten selv som vet om de har smerter eller ikke. Likevel vises det at sykepleierne og studentene ikke tok hensyn til pasientens egen rapportering. I flere tilfeller ble den non-verbale kommunikasjonen en indikator for hvor sterke smerter pasienten var i, istedenfor pasientens muntlige bedømming. Dette skjedde dersom pasienten uttrykte seg inkongruent. Dette vil si at pasientens verbale kommunikasjon ikke samstemte med deres non-verbale kommunikasjon. Dersom pasienten verbalt plasserte smertene sine som en 7 på smerteskalaen, men smilte og hadde en munter tone ville sykepleier plassere pasientens smerte lavere på smerteskalaen (Eide & Eide, 2017, s.138 & Granheim et al., 2015). Om sykepleier evner å se pasienten som en individuell person, kan det tenkes at det blir lettere å vurdere smertene i lys av dette. I løpet av de fire fasene pasient og sykepleier må gjennom for å opparbeide et menneske-til-menneske-forhold må individene gi noe av seg selv, noe som gjør dem sårbare, for å opparbeide tillit (Travelbee, 2001). Dette blir vist i studien til Wikström et al. (2015). Pasientene til sykepleiere som brukte seg selv terapeutisk i behandlingen opplevde mindre smerter enn pasientene til sykepleierne som jobbet etter en prosedyreorientert tilnærming. Dette ble også vist i Bach et al. (2016) sin studie, hvor sykepleierne som ikke involverte seg personlig ofte gjorde seg opp en egen oppfatning av pasientens smerter, fremfor å stole på pasientens egen vurdering. Kartlegging og vurdering av postoperative smerter er en viktig sykepleieroppgave. Sykepleier trenger informasjon om hvor smerten er, intensiteten av smerter og varigheten av smerter (Danielsen et al. 2016, s. 390). Det kan derfor tenkes at kommunikasjon er et viktig ledd i god smertelindring.

For det tredje viser flere av studiene til at bivirkninger på analgetika, eller påvirkningen av anestesi og opioider påvirket kommunikasjonsevnen til pasientene (Wikström et al, 2015, s.804 & Kaptain et al, 2016, s. 2989). Opiater har en sentral plass i behandlingen av akutte smerter. Alle pasienter responderer ulikt på opioider, og det er derfor viktig å individualisere behandlingen. Sykepleier må ha kunnskaper om virkning, bivirkning og dosering av opioider (Danielsen et al, 2016, s.399) Flere sykepleiere frykter alvorlige bivirkninger i bruken av opioider, noe som kan resultere i underbehandling av smerter (Danielsen et al, 2016, s. 402 &

Granheim et al, 2015). Respirasjonsdepresjon er en alvorlig bivirkning på opioider som kan føre til at pasienten ikke får puste tilfredsstillende, men det er ikke den eneste bivirkningen opioider kan gi. Seding og forvirring kan være ubehagelige bivirkninger på opioider, som også ble dokumentert i studien til Kaptain et al. (2016, s.2989). Det er en balansegang mellom å totalt smertelindre pasienten og pasientens evne til å delta i aktiviteter. Høy dose av opioider vil ofte føre til god smertelindring, men for høy dose kan også føre til at pasienten blir sløv, søvning, tungpustet og kvalm. Det er derfor viktig at sykepleier har grundige kunnskaper om bivirkningene opioider kan gi, men også kunnskaper om behandling av overdosering og kvalme (Danielsen et al, 2016, s.403).

5.2.2 Hvordan kan sykepleier møte de postoperative utfordringene for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring?

For det første bør sykepleier aktivt gå inn for å inkludere kartleggingsverktøy i smertevurderingen (Danielsen et al, 2016, s.390). Erikkson et al. (2013) forsket på pasientens oppfatning av NRS som kartleggingsverktøy. Pasientene i studien opplevde at bruken av kartleggingsverktøy gjorde deler av kommunikasjonen enklere. De opplevde at sykepleier fikk en bedre forståelse av smertene når det ble brukt NRS kontra når det ikke ble brukt. Det stiltes samtidig krav til sykepleierne om å kunne tolke resultatene, men også å ha dialog med pasienten. Fravær i bruk av kartleggingsverktøy kan føre til underbehandling av smerter. Bach et al. (2016) så store forskjeller i utfallet av smertebehandlingen basert på bruken av kartleggingsverktøy. Noen av sykepleierne i studien baserte kroppsspråket til pasienten i mobilisering som utgangspunkt i smertevurderingen. Derfor kan det tenkes at pasientens mobiliseringsevne indirekte ble brukt for å tolke smertenivået. Det er viktig å tolke pasientens non-verbale kommunikasjon for å innhente data om smertepåvirkningen. Likevel er ikke dette det eneste sykepleier bør ta utgangspunkt i. En systematisk vurdering er ytterst nødvendig for å forsikre seg at pasienten ikke ligger med ubehandlede smerter. Spørsmålene sykepleier stiller pasienten bør være konkrete. Selv om pasienten kun svarer “ja” eller “nei” på spørsmålene, får sykepleier svar på om doseringen på medikamentene pasienten får er tilstrekkelig, eller om effekten av smertestillende varer så lenge som forventet (Danielsen et al, 2016, s.398). I studien til Bach et al. (2018) ble det vist at kommunikasjonen hovedsakelig skjedde på sykepleiers initiativ. Mange pasienter engster seg over å spørre om analgetika, eller tror at sykepleieren vet best når de trenger mer smertestillende. I stedet for å si ifra at de opplever smerter, venter de til sykepleier kommer og spør om de er smertepåvirket. Ved

tydelig informasjon er det mulig at terskelen for at pasienten spør om ekstra smertestillende blir lavere (Danielsen et al., 2016, s.398). Det vil også være viktig å informere pasienten om at det er lettere å komme i mål med smertebehandlingen dersom pasienten ikke når smertetoppene. Disse "toppene" er vanskelige å smertelindre, og analgetika burde gis preventivt. Det kan derfor tenkes at også her er god preoperativ informasjon viktig. Denne informasjonen bør innebære at det verken er ønskelig eller riktig å ha langvarige smerter (Danielsen et al, 2016, s.399).

For det andre kan det tenkes at et felles begrepsapparat, og sammenlignbare vurderinger kan være hensiktsmessige (Danielsen et al, 2016, s.390). Studien til Eriksson et al. (2013) viser at bruken av NRS skapte ett felles språk blant helsepersonell på avdelingen de tilhørte. I løpet av et sykehusopphold møter pasienten på et stort antall helsepersonell. Det kan derfor tenkes at et felles språk og en standardisert måte å kommunisere smertene på, kan ha positive innvirkninger for pasienten. Likevel står fortsatt kommunikasjon og dialog sentralt i denne studien. Pasientens evne til å kommunisere smerte avgjorde hvordan situasjonen ble håndtert. Dersom sykepleier var i tvil, eller pasienten ikke klarte å plassere smerten på en visuell smerteskala, ble det stilt ytterligere spørsmål for å sikre at smertene ble kartlagt (Wikström et al, 2015). Travelbee (2001, s.115) sier noe om at helsepersonell kan utvikle en "mental målestokk" som tyder hvor sterke smerter en pasient burde ha etter gjennomført kirurgi. Dette blir sitert fra en pasient i studien til Eriksson et al. (2013, s.43). Pasienten oppgir at sykepleier hadde en slags norm å gå ut ifra, og sykepleier ble overrasket når pasienten vurderte smerten sin så høy som pasienten gjorde (Eriksson et al, 2013, s.43). Det kan tenkes at en slik mental målestokk kan ha praktisk verdi, samtidig som det er viktig å huske på at hver pasient reagerer ulikt på smerter. Det kan være ugunstig å basere all smerte ut ifra samme normalområde, da smerter som avviker fra dette normalområdet blir vanskeligere å tolke (Travelbee, 2001, s.115 & Wikström et al, 2015).

For det tredje innebærer de subjektive smertene at sykepleier må lytte, og stole på det pasienten formidler (Nortvedt, 2016, s.178). Når sykepleier og pasient har hyppig kontakt kan dette være en avgjørende faktor for å etablere en relasjon mellom pasient og sykepleier. Eriksson et al. (2013) argumenterer for at et tillitsbasert forhold mellom pasient og sykepleier er grunnleggende i god smertebehandling, og nødvendig for pasientmedvirkning. Dette går i tråd med Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori. Travelbee sin grunntanke er at det må etableres et menneske-til-menneskeforhold i all sykepleie (Travelbee, 2001). Pasientene følte

Kandidatnummer: 1580

seg trygge og ivaretatt dersom sykepleierkontakten var hyppig (Kaptain et al., 2016, s.2991). I tillegg så økte pasientens tillit til sykepleieren når det ble vist forståelse, empati og åpenhet. Dette førte til at pasienten ble tryggere på å snakke om smerter (Wikström et al., 2015, s.806).

6.0 AVSLUTNING

Halvparten av pasienter i norske sykehus får ikke den smertelindringen de trenger (Danielsen et al., 2016, s.381). Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke utfordringer sykepleier møter i den postoperative smertelindringen, men også å belyse hvordan disse utfordringene kan møtes for å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring. Funnene i forskningen tyder på at bruken av kartleggingsverktøy i smertekartlegging kan være utfordrende for både sykepleier, men også for pasienten. Resultatene viser at god kommunikasjon er viktig i smertekartlegging, og å opparbeide en relasjon med pasienten er en grunnstein for å mestre dette (Bach, et al., 2018; Eriksson et al., 2013; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015).

Sykepleier har en sentral rolle i smertelindring, og dette er et viktig funksjons- og ansvarsområde i behandlingen av pasienter som har gjennomgått kirurgi. For å mestre å ha god kommunikasjon og et godt samarbeid, må sykepleier legge til rette for en tillitsfull, trygg relasjon (Danielsen et al, 2016). Joyce Travelbee sin kommunikasjonsteori belyser dette i oppgaven. Sykepleier må aktivt gå inn for å skape gode relasjoner med pasientene sine, men også jobbe med å holde disse vedlike (Travelbee, 2001). Det blir vist at god struktur og kontinuitet i pleien har positive konsekvenser. En anbefaling er derfor at sykepleier har tett oppfølging av sine pasienter, og helst at sykepleier har den samme pasienten flere vakter på rad for å opprettholde kontinuiteten, så langt dette lar seg gjøre.

Resultatene viser at det er viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert, og videre anvender sine teoretiske kunnskaper i det praktiske arbeidet (Bach, et al., 2018; Eriksson et al., 2013; Kaptain et al., 2016; Wikstöm, 2015) Det er viktig med god informasjon, og denne burde bli presentert for pasienten før inngrepet (Danielsen et al, 2016, 399). God preoperativ informasjon står derfor sentralt, og burde bli implementert i preoperative rutiner. Det er minst like viktig at sykepleier ser pasienten som et enkeltindivid og er klar over at smerter utarter seg forskjellig fra pasient til pasient. Ikke bare har pasienten ifølge loven rett til medvirkning, men det vil være helt nødvendig å medvirke pasienten i egen smertevurdering (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det finnes ingen fasit på hvordan smerter oppleves eller behandles. Sykepleier må jobbe for en individtilpasset smertebehandling for at enhver pasient skal kunne oppleve tilstrekkelig smertelindring.

Kandidatnummer: 1580

Det er viktig å smertelindre pasienten, for ubehandlede smerter kan føre til betydelig lidelse, redusert livskvalitet og øke komplikasjonsfaren. Ny kunnskap kan bidra til en bedre postoperativ smertelindring, færre komplikasjoner og bedre livskvalitet. I denne oppgaven har jeg fokusert på voksne kvinner og menn. Det vil derfor være nødvendig med økte kunnskaper om postoperativ smertelindring hos barn og pasienter med demens.

LITTERATUR

- Bach, A. M., Forman, A., Seibaek, L. (2018) Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. *American Society for Pain Management Nursing*, 19(6) s. 608-618.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A, M, G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R, Grønseth og H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. Utg) (s. 309-379). Gyldendal akademisk.
- Brevik, H. & Ljoså, T, M. (2021, 20. September,). Kan vi redusere risiko for langvarige smerter etter kirurgi? Ja! Men ikke alltid. *Oslo universitetssykehus*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/kan-vi-reducere-risiko-for-langvarige-smerter-etter-kirurgi-ja-men-ikke-alltid>
- Christensen, J., & Berg, O, T. (12. August 2022). *Velferdsstat*. Store Norske Leksikon. Hentet 23. November 2022. <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7.utg.)* Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R, Grønseth og H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5 utg) (s. 382-427) Gyldendal akademisk.
- Eide, H & Eide, T., (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). Gyldendal.
- Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B., Brostöm, A. (2013) Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, 27(2014) s. 41-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.10.006>
- Fredheim, O, M, S., Borchgrevink, P, C., Kvarstein, G. (2011a) Behandling av postoperative smerter i sykehus. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 131 (18), S. 1772-1776. doi:10.4045/tidsskr.10.1184

Fredheim, O, M, S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., Borchgrevink, P, C. (2011b) Postoperative smerter hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 131 (18), S. 1763-1767. doi: 10.4045/tidsskr.10.1129

Friberg, F. (Red). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 utg.) Studentlitteratur.

Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 23.november 2022. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

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

Helsebiblioteket (2022, oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. Hentet 14. November 2022. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Indeed. (26. Juni 2021). *Enrolled Nurse vs. Registered Nurse: (With Definitions)*. <https://au.indeed.com/career-advice/finding-a-job/enrolled-nurse-vs-registered-nurse>

Kaptain, K., Bregnballe, V., Dreyer, P. (2016) Patient participation in postoperative pain assessment after spine surgery in a recovery unit. *Journal of Clinical Nursing*, 26, s. 2986-2994. <https://doi.org/10.1111/jocn.13640>

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G, H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie* (Bd.1) (3.utg) (s. 15-27). Gyldendal akademisk.

Kandidatnummer: 1580

Luis Romundstad (26.05.2020). Nociseptive smerter. I *Norsk legemiddelhåndbok*.

https://www.legemiddelhandboka.no/T20.1.1/Nociseptive_smerter

Mæhre, E. (2020). WHO's smertetrapp. I *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 2.

desember 2022 fra https://sml.snl.no/WHOs_smertetrapp

NHI. (17.11.2020) Nevropatiske smerter. I *Norsk Helseinformatikk*. Hentet 1. desember 2022

fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/nerveskader/nevropatisk-smerte/?page=all>

Nordtvedt, F. (2016). Smerter – en personlig og sammensatt erfaring. I N.J. Kristoffersen, F.

Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie* (Bd.3) (3.utg) (s. 169-185). Gyldendal akademisk.

Nortvedt, P & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-

G. Stubberud, R, Grønseth og H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg) (s.17-39) Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-

07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Retningslinjer for smertelindring. (2009) I *Legeforeningen*. Hentet 25.10.2022 fra

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Sandvik, R, K, N, M. & Rustøen, T. (2020) Sykepleiere er avgjørende for god

smertebehandling, *Sykepleien* 108(80601) [10.4220/Sykepleiens.2020.80601](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601)

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og*

bruken av dem (3. Utg) (S. 325-335) Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, overs.)

Gyldendal akademisk.

Wikstrom, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., Brostrom, A. (2015). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), s. 802-812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>

VEDLEGG 1: Søkelogg

Søkeord	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte artikler
26.10.22	Cinahl	(Pain management or pain relief or pain control or pain reduction) AND (nurse or nurses of nursing) AND (postoperative or post operative or post-surgery or post-surgical)	År: 2012-2022 Peer reviewed English	270	8	3	1
07.11.22	Cinahl	(Nurse AND Assessment AND postoperativ pain)	År: 2012-2022 Peer reviewed Alder: over 18 år	186	6	3	1
08.11.22	Medline	(Postoperativ pain AND nurse attitude AND analgetics)	År: 2012-2022 Peer reviewed Research article	17	4	3	1
08.11.22	Cinahl	(Postoperativ pain AND nursing AND assessment)	År: 2012-2022 Peer reviewed Research article	43	2	2	1

VEDLEGG 2: Litteratormatrise

Forfatter(e), årstall, tidsskrift, Land	Bach et al., 2018, American Society for Pain Management Nursing, Danmark
Artikkeltittel	Postoperativ Pain Management: A Bedside Perspective
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleier og pasient samhandlet, kommuniserte, vurderte og kom frem til felles mål i behandlingen av postoperative smerte på kirurgisk sengepost.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleierperspektiv
Metode og analyse	Forskningen er en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer av sykepleierne og pasienter på avdelingen. I tillegg ble det gjennomført observasjoner på avdelingen hvordan sykepleier og pasienter samhandlet.
Utvalg/populasjon	Det var kun kvinnelige pasienter som hadde gjennomgått endometriosekirurgi som deltok i studien. Sykepleierne på sengeposten var i ulik alder og hadde ulik klinisk erfaring. Studien ble gjennomført ved to forskjellige avdelinger på et skandinavisk universitetssykehus.
Hovedfunn/resultater	Få av sykepleierne på avdelingen tok i bruk smertekartleggingsverktøy som VAS eller NRS. Pasientene ble sjeldent involvert i egen smertebehandling og vurdering. Sykepleierne tok utgangspunkt pasientens aktivitetsnivå mer enn pasientens smerteskår. Dersom en pasient oppga VAS skår på 9, men mobiliserte seg selv på rommet, anså sykepleieren dette som en lavere skår.

Forfatter(e), årstall, tidsskrift, Land	Wikstöm et al., 2015, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Sverige
Artikkeltittel	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis
Hensikten med studien	Hensikten med denne studien var å belyse hvordan helsepersonell på sengepost oppdaget og vurderte postoperative smerter, i tillegg til hvilke tiltak de iverksatte for å smertelindre pasienten.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Sykepleierperspektiv
Metode og analyse	Forskningen er en kvalitativ studie hvor de bruker <i>critical incident technique (CIT)</i> i datanalysen. CIT blir brukt for å kunne gi praktiske løsninger på et klinisk problem. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer av de 24 deltakerne i studien.
Utvalg/populasjon	Deltakerne i studien var "enrolled nurses", sykepleiere og leger som jobbet på ortopedisk eller allmennkirurgisk avdeling. Studien ble gjennomført på fire sykehus i Sverige.
Hovedfunn/resultater	Det ble funnet to hovedområder som beskriver omsorgserfaringene som påvirker vurderinger av de postoperative smertene. Dette er pasientens egne kommunikasjonsevne, og resursene helsepersonell bruker. Datainnsamlingen sykepleierne gjorde var å innhente informasjon om pasientens smertetilstand, bivirkninger på analgetika og pasientens kommunikasjonsevne. Resultatene viser til at kommunikasjonen og åpenheten mellom pasient og sykepleier ble bedre når de ble trygge på hverandre. Gode kommunikasjons- og observasjonsevner var viktige for å oppdage smerter.

Forfatter(e), årstall, tidsskrift, Land	Eriksson et al., 2013, Applied Nursing Research, Sverige
Artikkeltittel	Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperativ pain assessment
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å vurdere hvordan pasienter på postoperativ sengepost oppfatter bruken av numeriske rateskalaen i sin egen smertevurdering.

Kandidatnummer: 1580

Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Forskningen er en kvalitativ studie hvor det ble holdt semi-strukturerte intervjuer.
Utvalg/populasjon	Det var 25 pasienter fra fire forskjellige sykehus med i studien. Inklusjonskriterier var at pasienten var over 18 år og evnen til å forstå svensk. Det var derfor variasjoner i kjønn, alder, type kirurgi og utdanning.
Hovedfunn/resultater	Resultatet av forskningen viser at NRS er et godt, og nødvendig verktøy innenfor smertekartlegging. Likevel viser studien til at dialogen mellom sykepleier og pasient ikke kan erstattes. For å gi uttrykk for smertens intensitet, lokalisasjon og dybde kreves gjensidig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. På denne måten vil det kunne opparbeides felles mål og en grundigere forståelse for smertebehandlingen.

Forfatter(e), årstall, tidsskrift, Land	Kaptain et al., 2016, Journal of Clinical Nursing, Danmark
Artikkeltittel	Patient participation in postoperativ pain assessment after spine surgery in a recovery unit
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter som gjennomgår ryggoperasjon selv deltar i egen smertevurdering.
Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Forskningen er en kvalitativ studie som har brukt semi-strukturerte intervjuer.
Utvalg/populasjon	15 pasienter deltok i studien. Pasientene måtte være over 18 år delta, i tillegg til at de måtte være innlagt i mer enn 72 timer etter gjennomført operasjon.
Hovedfunn/resultater	Studien viser at sykepleier og pasient ikke har den samme forståelsen i bruken av NRS. Pasienten opplevde å ha en manglende kunnskap om smertebehandlingen, både når det gjaldt tidspunkt for analgetika og tolkningen av NRS skalaen. Dette er faktorer som kan redusere pasientens deltakelse i egen vurdering av smerter. Bruken av NRS åpnet derimot opp for at pasienten kunne kommunisere smerteintensitet og lokalisasjon til sykepleier og kunne derfor være med å delta i egen vurdering.