

Postoperativ smertekartlegging

*Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge
postoperative smerter?*

Kandidatnummer : 1047

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK18

Antall ord: 10009

25. mars 2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?

Metode: Litteraturstudie.

Funn: Kartlegging av postoperative smerter påvirkes av sykepleierens kliniske kompetanse, tverrfaglig samarbeid og informasjonen pasienten får preoperativt. Både pasienters risiko for postoperativ smerte og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient kan ha stor innvirkning på smertekartleggingen.

Drøfting/konklusjon: Sykepleieren trenger kunnskap om smerte og kroppens fysiologiske reaksjoner på smerte, for å kartlegge postoperative smerter. Sykepleieren utfører vitale målinger, observerer smerteuttrykk og kommuniserer med pasienten ved å bruke kartleggingsverktøy. Til tross for enkelte sykepleieres motstand mot standardisert kartlegging med smerteskalaer, viser forskning at smerteskalaer er viktige redskap for å innhente pasienters egne smerteopplevelser. Forskning viser at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient kan bli utfordrende hvis de har ulik forståelse av kartleggingsverktøyet, dersom pasienten ikke ønsker å uttrykke sin smerte, eller hvis pasienten fortsatt er påvirket av anestesien.

Abstract

Research question: How can a nurse on a day surgery ward assess post-operative pain?

Method: Literature review.

Findings: Assessment of post-operative pain is influenced by the nurses' clinical competence, interdisciplinary collaboration and pre-surgery education. In addition to risk factors of experiencing pain, the assessment is influenced by communication with the nurse.

Discussion/Conclusion: The nurse who assesses post-operative pain must have knowledge about pain physiology. The nurse will measure the patient's vital signs, observe pain expressions and communicate with the patient using pain assessment tools. Despite some nurse's opposition to standardized assessment using pain scales, research shows that there are significant benefits to using pain scales when assessing the patient's own perception of pain. Communication between the nurse and patient can be challenging if they have a dissimilar understanding of the assessment tool, if the patient does not wish to express pain, or if the patient is affected by the anaesthesia.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Innledning til tema	1
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.3	Begrepsavklaring	3
1.4	Disposisjon av oppgaven	3
2	Teori.....	4
2.1	Sykepleierens rolle ved smertekartlegging.....	4
2.2	Smerte	5
2.2.1	Ulike typer smerte.....	5
2.2.2	Smertefysiologi.....	6
2.2.3	Smertebehandling	7
2.3	Kartlegging av smerter	9
2.3.1	Kartleggingsverktøy.....	10
3	Metode.....	13
3.1	Litterær oppgave	13
3.2	Søkestrategi.....	13
3.3	Kildekritikk.....	17
3.4	Etiske overveielser.....	18
4	Resultater	19
4.1	Presentasjon av forskningsartikler	19
5	Drøfting	26
5.1	Sykepleiers kompetanse.....	26
5.2	Risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet.....	28
5.3	Kommunikasjon.....	31
5.4	Tverrprofesjonelt samarbeid.....	34
5.5	Preoperativ informasjon	34
6	Konklusjon	36
	Litteraturliste.....	37

1 Innledning

I dette kapittelet presenterer jeg oppgavens tema og problemstilling. Videre beskriver jeg hvordan problemstillingen er avgrenset, jeg definerer aktuelle begrep, før jeg til slutt presenterer oppgavens disposisjon.

1.1 Innledning til tema

Hvert år er det omtrent 400 000 opphold på offentlige norske sykehus på grunn av kirurgiske inngrep. Av disse er i overkant av 60 % planlagt dagkirurgi, og trenden er en gradvis økning i forhold til døgnopphold. Veksten i andelen dagkirurgi sammenliknet med innleggelser, er i tråd med de norske helseforetakenes målsetning om økt bruk av dagkirurgisk behandling. Hensikten er mindre ressursbruk for helseforetakene og raskere rehabilitering for pasientene (Helsedirektoratet, 2020, s.19). Opptappingen av dagkirurgi har blant annet vært mulig på grunn av utvikling av kirurgiske metoder som gir mindre skader på vev, og tryggere anestesimidler med kortere oppvåkningstid og færre bivirkninger (Schlichting, 2020).

Dagkirurgisk behandling innebærer at pasienten kan reise hjem samme dag som operasjonen har foregått. Dette gjelder for eksempel enkle inngrep innen ortopedi og gastrokirurgi, som behandling av Hallux valgus, laparoskopisk galleoperasjon eller endoskopisk fjerning av nyrestein. Dagkirurgi er derimot ikke aktuelt for pasienter med høy alder eller alvorlige grunnsykdommer, fordi denne pasientgruppen kan trenge flere dager på sykehus før de er klare til å reise hjem (Strand & Nakstad, 2017, s. 576).

Alle kirurgiske inngrep er forbundet med risiko for komplikasjoner på grunn av kirurgien, anestesen eller pasientens tilstand før behandlingen (Stubberud et al., 2017, s. 310). Når det gjelder dagkirurgisk behandling, er det spesielt viktig å forebygge akutte postoperative smerter, som kan utvikle seg til langvarige kroniske smerter dersom pasienten ikke får tilfredsstillende smertelindring (Stubberud et al., 2017, s. 395; Wu & Raja, 2011, s. 2217). Dette er fortsatt en utfordring, til tross for en stor utvikling innen smertelindrende behandling (Wu & Raja, 2011, s. 2215).

Sykepleieres funksjon rettet mot pasienter innebærer å forebygge, behandle og lindre (Kristoffersen et al., 2017, s. 17; Kunnskapsdepartementet, 2008). Kartlegging av pasienters postoperative smerter for å gi tilfredsstillende smertelindring er dermed en viktig sykepleieoppgave i dagens norske helsetjeneste.

Problemstilling for oppgaven er: *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?*

Mine egne erfaringer fra kirurgisk praksis er i hovedsak bakgrunnen for valg av problemstilling. Det var åtte lærerike og spennende uker der jeg var utplassert på en dagkirurgisk avdeling. Jeg gjennomførte sykepleiefaglige tiltak pre- og postoperativt, i tillegg til oppfølging via telefon dagen etter operasjonen, og jeg la merke til at alle ledd i prosessen kunne virke inn på pasientens opplevelser av sykehusoppholdet.

Jeg opplevde hvor viktig det er å behandle den postoperative smerten best mulig, for pasientens velvære, rehabilitering og for å unngå komplikasjoner. Ved et tilfelle måtte en pasient bli lagt inn på postoperativ sengepost på grunn av for intense postoperative smerter. Dette førte til at han ikke kunne reise hjem samme dag, og han fikk en forsinket rehabilitering.

Jeg observerte at pasientene uttrykte smertene veldig ulikt, og sykepleierne responderte også forskjellig til pasientenes smerteuttrykk. Enkelte sykepleiere hadde jobbet på avdelingen i lang tid, og brukte aktivt sine erfaringer om pasienters risiko for økt smerte til å forebygge postoperativ smerte. Det syntes jeg var interessant, og gjorde meg nysgjerrig på om det var gjort noen forskning på dette området. Da jeg satt meg mer inn i temaet postoperativ smerte, så jeg at det fortsatt er en utfordring med komplikasjoner forbundet med smerte. Jeg syntes derfor det ville være interessant å se på kartleggingens rolle i forebygging og behandling av den postoperative smerten.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasientgruppen er avgrenset til voksne pasienter. Pasienter som er kognitivt svekket og dermed ikke er i stand til selvrapporing, og pasienter med innvandrerbakgrunn som har dårlige norskkunnskaper er ikke tatt med.

Fokuset i oppgaven er rettet mot postoperative pasienter som har fått utført en elektiv operasjon ved en dagkirurgisk avdeling på sykehus.

1.3 Begrepsavklaring

Postoperative smerter: Smerter som er utløst av et kirurgisk inngrep (Strand & Nakstad, 2017, s. 588).

Elektiv operasjon: En operasjon som lege og pasient har planlagt på forhånd, til forskjell fra en akutt operasjon (Kåss & Hem, 2020).

1.4 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven starter med en innledning der det aktuelle temaet og problemstillingen blir presentert, og bakgrunnen for valg av tema blir begrunnet. I teorikapitlet presenterer jeg litteratur fra fagbøker, og viser til lovtekster og retningslinjer som er relevante for sykepleieres smertekartlegging av pasienter på en dagkirurgisk avdeling. Jeg gjør rede for sykepleierens rolle ved smertekartlegging, og begrepene smerte og smertekartlegging.

I metodekapitlet presenterer jeg metoden som er brukt i oppgaven, og jeg beskriver søkeprosessen for å finne relevante forskningsartikler. I resultatdelen presenterer jeg litteraturen jeg benytter, og artiklene jeg har funnet. Seks forskningsartikler er valgt ut fra databasesøkene, og jeg presenterer hvilken informasjon som er relevant å ta med i drøftingen.

I drøftingskapitlet diskuterer jeg problemstillingen i lys av teorien og funnene i artiklene jeg har gjort rede for, i tillegg til relevant lovverk og retningslinjer. I konklusjonskapitlet oppsummerer jeg, og deler mine refleksjoner rundt problemstillingen.

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere aktuell teori som belyser problemstillingen *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?*

2.1 Sykepleierens rolle ved smertekartlegging

Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 9) fastslår at studiet skal utdanne sykepleiere som innehar nødvendig kunnskap for å observere og utføre tiltak som forebygger, behandler og lindrer. Kartlegging av postoperativ smerte på en dagkirurgisk avdeling er et slikt tiltak, som bidrar til å forebygge, behandle og lindre smerte. Rammeplanen viser til at det er nødvendig med kunnskap om kroppens normale utvikling og sykdomsprosesser for å oppnå dette. Når pasienten ankommer den postoperative avdelingen etter dagkirurgisk behandling, er det sykepleierens oppgave å sørge for at pasienten rehabiliteres tilstrekkelig før hjemreise. Ved å kartlegge og behandle smerter slik at pasienten får tilstrekkelig smertelindring, kan sykepleier nå målet om at pasienten ikke har komplikasjoner som vil trenge helsefaglig oppfølging (Stubberud et al., 2017, s. 346).

For å kunne kartlegge pasienters smerter må sykepleieren ha kunnskap om smerter og smertelindring, observasjon av fysiologiske smerteuttrykk og bruk av kartleggingsverktøy (Stubberud et al., 2017, s. 382). Sykepleieren plikter å holde seg oppdatert om sitt fagområde og utøve forsvarlig praksis, som beskrevet både i helsepersonelloven (1999, § 4) og i Norsk sykepleierforbunds (NSFs) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011, s.7).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er opprettet for å sikre pasienters rettigheter og bidra til å styrke tillitsforholdet mellom pasient og helsevesenet. Loven beskriver også pasienters rett til medbestemmelse ved mottak av helse- og omsorgstjenester (1999, § 3-1). Så langt det er mulig skal pasient og sykepleier dermed samarbeide om kartleggingen av smerte. Sykepleier skal bruke sine fagkunnskaper og erfaringer for å gjøre observasjoner og vurderinger. Samtidig må sykepleier kommunisere godt med pasienten for å innhente mer informasjon til smertekartleggingen, slik at det gir et bedre grunnlag for riktig smertebehandling (Stubberud et al., 2017, s. 384). For at kommunikasjonen i

smertekartleggingen etter dagkirurgi skal bli best mulig, vil det være en fordel om pasienten før operasjonen har fått god informasjon om vurdering og behandling av smerte, og er forberedt på hva som skal skje (Stubberud et al., 2017, s. 320).

2.2 Smerte

Smerte defineres av International Association for the Study of Pain (IASP, 2020) som "An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage".

Smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse, som påvirkes av ulike faktorer som kan forsterke eller redusere den, og bare personen som opplever smerten kan vite hvordan det føles (Stubberud et al., 2017, s. 383). Dette fører til at pasientens selvrappotering regnes som "gullstandarden" for smertevurdering (Dansie & Turk, 2013, s. 21), og er den viktigste kilden for å kartlegge postoperativ smerte.

2.2.1 Ulike typer smerte

Det er vanlig å skille mellom akutte og kroniske smerter, betegnelser som beskriver varigheten av smertene. De kortvarige akutte smertene starter ved plutselig oppstått skade eller sykdom, som ved et dagkirurgisk inngrep, og avtar når årsaken til smerten behandles eller leges. Akutte smerter kan komme langsomt eller plutselig, og intensiteten varierer. Når smertene varer over tre måneder og gjerne opptrer daglig, betegner vi de som kroniske smerter. Årsaken til kroniske smerter kan for mange være usikker, men de kan komme av langvarig sykdom og spesielt etter skader i bevegelsesapparatet. Det forekommer også at akutte smerter utvikles til kroniske smerter etter dagkirurgiske inngrep. Kroniske smerter kan bli en årelang eller livslang opplevelse, og smertene kan i mange tilfeller ikke forsvinne av seg selv (Stubberud et al., 2017, s. 386-415).

Smerter kan også deles inn etter hvordan de utløses, og kan beskrives som nociseptive eller nevropatiske smerter (Stubberud et al., 2017, s. 386-388). All kirurgi har potensiale til å gi pasienten både nociseptiske smerter grunnet skader på vevet, og samtidig nevropatiske smerter fordi kirurgi ofte fører til at nerver blir skadet. Nociseptive smerter oppstår etter

vevsskade eller prosesser som kan gi vevsskade. De kan videre deles inn i somatiske eller viscerale smerter. Somatiske smerter inntreffer raskt, og kommer av en overfladisk skade i huden, eller dypere fra en skade i bevegelsesapparatet. Dette kan for eksempel være etter kutt som ved kirurgi. Viscerale smerter har utspring fra indre organer, gjerne fra hinnene rundt organene. Ved dagkirurgi kan dette forekomme ved operasjon av for eksempel nyrer og lever eller innen ortopedi ved smerter i benhinner. Denne type smerter inntreffer mer langsomt enn de somatiske smertene, og kan oppleves diffuse og vanskeligere å lokalisere. I noen tilfeller oppstår det som kalles overført smerte, som betyr at smerten fra et organ flytter seg til et annet sted på kroppen (Stubberud et al., 2017, s. 386-387). Et eksempel fra dagkirurgisk behandling kan være smerter i skulderen på grunn av et laparoskopisk inngrep, der bukhulen har vært fylt med karbondioksid for å gi bedre plass under operasjonen.

Nevropatiske smerter oppstår etter skader i nervesystemet, og kan forekomme etter dagkirurgiske inngrep. Skaden kan oppstå i det perifere eller sentrale nervesystemet, der skader i sentralnervesystemet kan føre til et større omfang av smertene, som smerter i en hel kroppshalvdel. Nevropatiske smerter blir ofte langvarige, og kan utvikles til en kronisk tilstand (Stubberud et al., 2017, s. 387).

2.2.2 Smertefysiologi

Sensoriske nervefibre (nociseptorer) fører signaler om smerte fra skadet vev via ryggmargen til hjernen, og der blir de bearbeidet og tolket som smerte. Noen smertefibre er tynne og leder informasjon om dype, brennende eller borende smerter. Andre smertefibre er tykke med et isolerende myelinlag, og sender informasjon raskere om overfladiske smerter som kan være stikkende og sterke (Stubberud et al., 2017, s. 384-385).

På vei gjennom smertebanene til hjernen påvirkes smertesignalene, som gjør at opplevelsen av smerte kan styrkes eller svekkes. Hvis man for eksempel stryker eller klemmer på huden, vil de ikke-smerteførende nervefibrene bremse signalene om smerte. Smerter hemmes også ved at impulser fra hjernen øker kroppens egen produksjon av opioider. Opioider i ryggmargen vil blokkere for smerteoverføringer oppover gjennom sentralnervesystemet, og opioider i hjernen vil blokkere for smertesignalene der. I tillegg er det nedadgående smertehemmende baner i ryggmargen, som kan minske smertesignalene ved hjelp av

serotonin og noradrenalin. Når det har skjedd en skade i vevet for eksempel under kirurgi, vil kroppen både skille ut stoffer som bidrar til å varsle om smerte og stoffer som reduserer smerten (Stubberud et al., 2017, s. 384-385).

F. Nortvedt (2017, s. 175) beskriver hvordan akutte smerter er kroppens varslingsystem mot sykdom og skade. De akutte smertene kan ofte observeres ut ifra pasienters grimaser og lyder, og pasienter kan uttrykke de verbalt med beskrivelser om eksempelvis stikkende eller skjærende smerteopplevelser. Det vil dessuten forekomme fysiologiske reaksjoner fra det autonome nervesystemet, som kan gi målbare endringer. Når smertene imidlertid blir langvarige som ved kroniske smerter, vil de fysiologiske reaksjonene forsvinne, fordi kroppen tilpasser seg smertenivået over tid. Pasienten kan allikevel ha sterke smerter som må behandles (F. Nortvedt, 2017, s. 175).

Sterke akutte smerter kan gi fysiologiske reaksjoner som økt blodtrykk, respirasjonsfrekvens og puls, utvidede pupiller og huden kan bli klam og svett. Viscerale smerter fra indre organer vil oppleves annerledes enn de somatiske, ved at pasienten kan få lavere blodtrykk og puls og huden kan bli blek og kald (Stubberud et al., 2017, s. 389).

2.2.3 Smertebehandling

Arbeidet med å forbygge og redusere postoperative smerter starter allerede i den preoperative fasen, ved forberedelse og planlegging av inngrepet (Stubberud et al., 2017, s. 310). Type inngrep og hvilken type anestesi som skal gis under operasjonen, vil være med og avgjøre i hvilken grad det er nødvendig med premedikasjon av smertestillende legemidler (analgetika). Intensjonen vil dels være å redusere behovet for anestesimidler under operasjonen, og dels gi en smertestillende effekt postoperativt (Stubberud et al., 2017, s. 327).

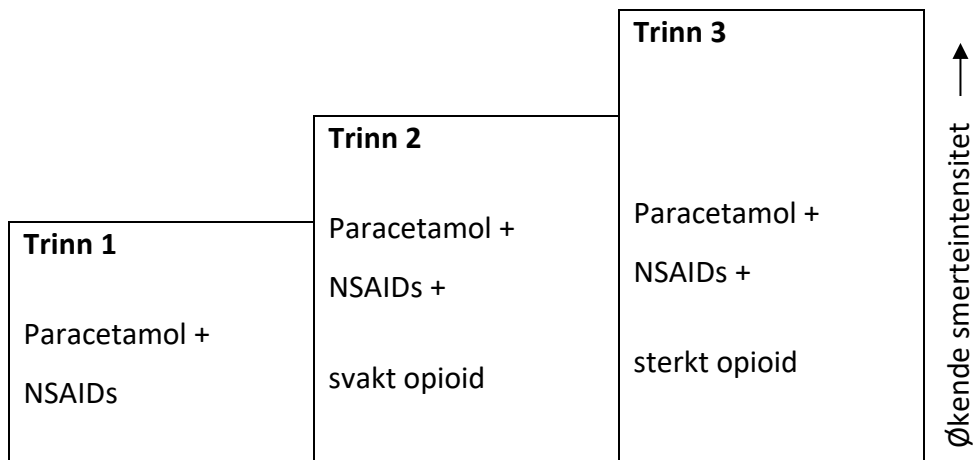
Slørdal (2018, s. 326-334) gjør rede for behandlingen av akutte smerter, og viser til at smertestillende midler deles inn i tre grupper. Ikke-opioide analgetika består av paracetamol og NSAID-preparater (ikke-steroide antiinflammatoriske midler). Videre er de opioide analgetika, med samme virkning som morfin. Den siste gruppen inneholder andre legemidler

som trisykliske antidepressiva og antidepressiva, som normalt ikke brukes mot smerter, men som kan brukes ved nevropatiske smerter.

Ikke-opioide analgetika virker perifert. De minsker smerte ved å hemme produksjon av stoffer som gir inflammasjon, og påvirker nociseptorer rundt i kroppen. Opioidene virker på sentralnervesystemet, ved å øke aktiviteten i nedadgående smertehemmende baner i ryggmargen, blokkere for smerteoverføringer oppover gjennom ryggmargen, og hemme opplevelsen av smerte i hjernen (Slørdal, 2018, s. 327).

Stubberud et al. (2017, s. 396) viser til Verdens helseorganisasjons (WHO's) "smertetrapp", ved behandling av akutte smerter. Smertetrappen er et hjelpemiddel for å vise hvilke smertestillende legemidler som bør benyttes i forhold til intensiteten av smertene (Figur 1). Den postoperative smertekartleggingen vil gi informasjon om hvilket trinn pasienten er på, og hva slags analgetika som da vil være anbefalt.

Figur 1: Smertetrappen



Smertebehandlingen vil normalt være i gang når pasienten ankommer postoperativ avdeling, og målet vil være at pasienten er smertefri helt til hjemreise fra dagkirurgisk avdeling. Sykepleier må ta hensyn til hva pasienten allerede har fått av smertestillende midler før og under operasjonen (Stubberud et al., 2017, s. 361). For å håndtere smerte med best smertelindrende effekt og færrest bivirkninger, er det vanlig å angripe smerten fra flere vinkler med såkalt multimodal smertelindring. Da brukes gjerne flere ulike legemidler med

ulike administrasjonsmåter ut ifra pasientens individuelle behov. Jo mer omfattende operasjon, desto mer sammensatt smertebehandling (Stubberud et al., 2017, s. 361).

Opioider er sentrale analgetika ved behandling av postoperative smerter, og brukes også innen dagkirurgi. Det er viktig at sykepleiere kjenner til både effekt og bivirkninger av opioider, slik at de kan brukes på best måte for best smertelindring. De mest fremtredende bivirkningene ved bruk av opioider er respirasjonsdepresjon, sedasjon, kvalme, obstipasjon og urinretensjon. Den multimodale smertebehandlingen med bruk av flere typer analgetika vil kunne bidra til et lavere forbruk av de sterke opioidene (Stubberud et al., 2017, s. 396-402).

Ubehandlete akutte smerter etter kirurgiske inngrep kan forårsake negative fysiologiske virkninger på kroppen. I tillegg til konsekvenser for pasientens respirasjon, sirkulasjon og forsinket mobilisering, kan sterke postoperative smerter føre til angst og søvnløshet. God smertebehandling postoperativt er dermed grunnleggende for å unngå at smerten blir et alvorlig kronisk problem (Stubberud et al., 2017, s. 395).

2.3 Kartlegging av smerter

Smertekartlegging er et grunnleggende sykepleietiltak for å kunne gi pasienter avgjørende smertelindring postoperativt. Smerten må beskrives så grundig som mulig, og da trengs informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og hva som lindrer eller forverrer smerten (Stubberud et al., 2017, s. 353). Vurderinger av pasienters postoperative smerte innebærer å sette sammen informasjon fra sykepleiers observasjoner av fysiologiske tegn og pasienters verbale og non-verbale smerteuttrykk (Stubberud et al., 2017, s. 389).

I den tidlige postoperative fasen på dagkirurgisk avdeling kan pasienten fortsatt være påvirket av anestesen, og derfor bare være våken i korte øyeblikk. Dette kan gjøre kommunikasjonen med pasienten utfordrende (Stubberud et al., 2017, s. 351). Dersom pasienten er våken og bevisst, kan pasienten beskrive smertene, i tillegg til at sykepleier kan observere pasientens non-verbale uttrykk som grimaser, gråt, lyder og muskelspenninger. Ved å måle pasientens vitale tegn som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens samles data om fysiologiske tegn på smerte (Stubberud et al., 2017, s. 389). Målingene gjentas

systematisk for å følge med på pasientens tilstand, og utføres med en hyppighet som er tilpasset pasientens behov. Dersom pasientens tilstand er ustabil, må kartleggingen gjøres oftere enn hvis situasjonen er stabil og smerten synkende (Stubberud et al., 2017, s. 346).

Det er særlig viktig at sykepleier utviser holdninger som anerkjenner at det er pasienten selv som har kunnskap om egne smerteopplevelser. Sykepleier må ha tillit til at det pasienten uttrykker er reelle opplevelser (Stubberud et al., 2017, s. 382). Pasientens selvrapportering av de postoperative smertene er den viktigste kilden til informasjon om smertene (Dansie & Turk, 2013, s. 21; Stubberud et al., 2017, s. 389). Pasienter som ikke er i stand til selvrapportering av smerte, med unntak av der årsaken er påvirkning av anestesi, er ekskludert fra oppgaven. Denne avgrensningen gjør at smertekartlegging i slike situasjoner ikke omtales videre.

Det er viktig at sykepleier er nøyaktig og systematisk med smertekartleggingen (Stubberud et al., 2017, s. 390). I første omgang for å tilby rett individuell smertelindring, og videre for å evaluere effekten av behandlingen og utviklingen i det postoperative forløpet. Det er utviklet verktøy som kan være en god hjelp i kartleggingen av smerter. Bruk av kartleggingsverktøy minsker risiko for feilmålinger på bakgrunn av sykepleieres egne holdninger til smerte, og pasienters smerteopplevelser kan komme til uttrykk. Sykepleierne får et felles språk ved deling av informasjon om smerte, og dokumentering og samarbeid med andre profesjoner standardiseres (Stubberud et al., 2017, s. 390).

2.3.1 Kartleggingsverktøy

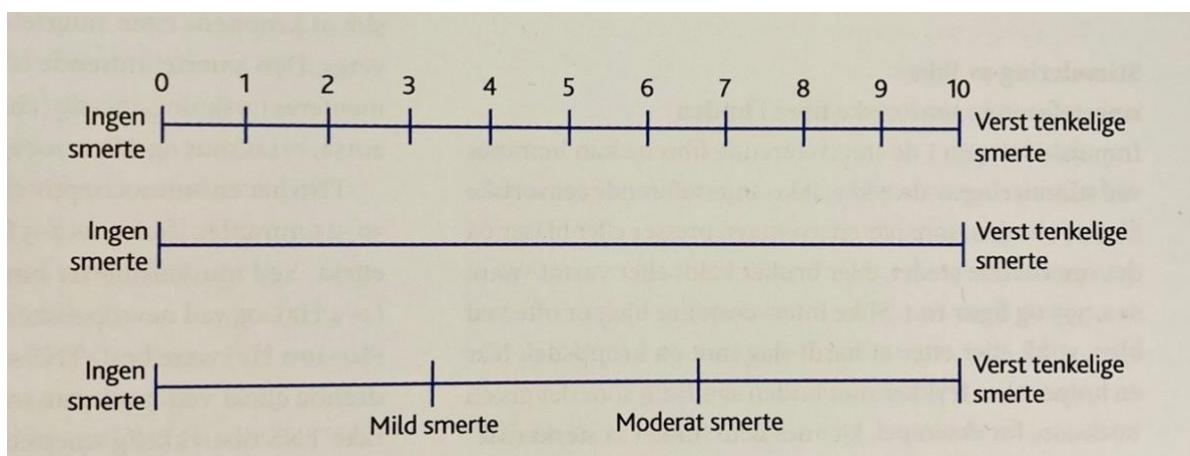
Ved akutte smerter etter dagkirurgi, vil det være hensiktsmessig å bruke enkle og lett forståelige kartleggingsverktøy for å vurdere smerte (Stubberud et al., 2017, s. 390-391). Større og mer omfattende verktøy egner seg bedre for vurdering av kroniske smerter, fordi det vil være bedre tid til å innhente mer informasjon. For å være sikker på at pasienten forstår hvordan verktøyene brukes, er det en fordel med en opplæring eller gjennomgang av dette før operasjonen. Effekten av verktøyene er avhengig av pasientens forståelse av verktøyet og pasientens evne eller ønske om å sette ord på smertene. Eide og Eide (2018, s. 209) hevder at bruk av kartleggingsverktøy kan føre til at pasienten blir mer aktiv og deltakende i behandlingen.

Visuelle skalaer brukes til å måle pasientens smerteintensitet, og er en rett linje der den ene enden markerer ingen smerte, mens den andre enden markerer den verst tenkelige smerte. Pasienten merker av på skalaen hvor intens smerteopplevelsen er. Den øverste skalaen i figur 2 fremstiller en visuell numerisk skala (Numeric Rating Scale, NRS). På denne skalaen er alle hele tall fra 0 til 10 merket av på linjen, der tallet 0 indikerer ingen smerte, og 10 indikerer verst tenkelig smerte (Stubberud et al., 2017, s. 391). I mange tilfeller brukes NRS muntlig, ved at sykepleier ber pasienten gjengi smerteintensiteten i forhold til en tenkt skala fra 0 til 10 (Strand & Nakstad, 2017, s. 588).

Den midterste skalaen i figur 2 fremstiller en visuell analog skala (VAS). På VAS er det ikke fylt inn tall på linjen, men ytterpunktene er merket som "ingen smerte" og "verst tenkelige smerte" (Stubberud et al., 2017, s. 391). Pasienten merker av sin opplevde smerteintensitet på linjen uavhengig av nummerering. Når sykepleier skal dokumentere verdien i pasientens kurve, overføres verdien til et nummer tilsvarende en numerisk skala.

Den nederste skalaen i figur 2 fremstiller en verbal skala. Her er det brukt tekst for å markere ulike intensiteter på smerten. Inndelingen er grovere, og ordene er ment å hjelpe pasienten i å beskrive graden av intensitet (Stubberud et al., 2017, s. 391).

Figur 2: Smerteskalaer (Stubberud et al., 2017, s. 391)



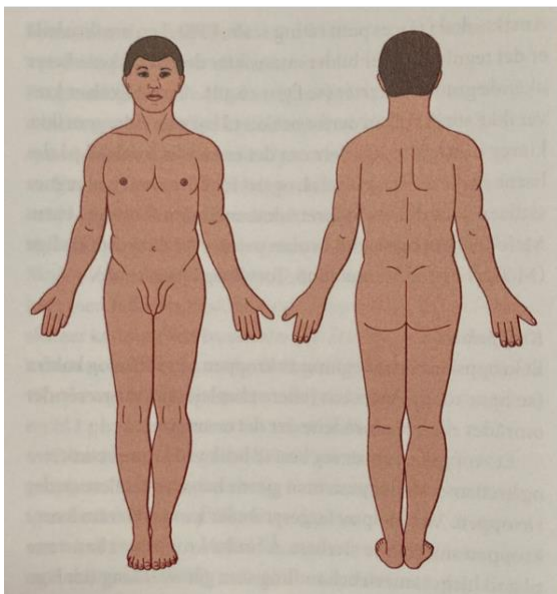
I tilfeller der pasienten ikke kan uttrykke seg med språk, kan en ansiktsskala være aktuell å bruke (Figur 3). Pasienten kan peke på hvilket ansikt som best gjengir smerteintensiteten som oppleves, og tegningene viser ansikt med økende grad av smerter (Stubberud et al., 2017, s. 391).

Figur 3: Ansiktsskala (IASP, 2001)



Kroppskart er en oversiktstegning som viser hele kroppens forside og bakside (Figur 4). Dette verktøyet kan brukes til å merke av hvor på kroppen pasienten opplever smerte, og er spesielt aktuelt ved kartlegging av smerter flere steder på kroppen (Stubberud et al., 2017, s. 391). På en dagkirurgisk avdeling kan dette for eksempel forekomme etter laparoskopisk galleoperasjon, der pasienten både kan oppleve somatisk smerte i operasjonssåret og overført smerte i skulder.

Figur 4: Kroppskart (Stubberud et al., 2017, s. 392)



3 Metode

I dette kapittelet presenterer jeg metoden jeg har brukt i oppgaven. Deretter gjør jeg rede for databasesøkene jeg har gjennomført for å finne forskningsartikler som er relatert til problemstillingen. Videre presenterer jeg bearbeidingen av funnene fra valgte forskningsartikler, før jeg til slutt gjør rede for kildekritikk og etiske overveielser.

3.1 Litterær oppgave

Metoden jeg har brukt er en litterær oppgave, som er en studie som baserer seg på eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2018, s. 208). Litteraturen er hentet fra selvvalgt faglitteratur, lovtekster, retningslinjer og forskning fra søk i databaser.

3.2 Søkestrategi

I den innledende fasen av oppgaveskrivingen gjorde jeg søk i søkemotoren Google Scholar og databasen PubMed, for å få et inntrykk av hva som finnes av forskning innen temaet jeg ønsket å skrive om.

Etter et digitalt søkekurs med VIDs bibliotek, fylte jeg ut et PICO-skjema som en hjelp til å strukturere problemstillingen og komme frem til aktuelle søkeord (Tabell 1). PICO er et verktøy som kan brukes for å dele opp problemstillingen i søkbare ord, ved å definere hvem det handler om, hvilke tiltak som skal iverksettes, eventuell sammenlikning av tiltak, og hvilket resultat jeg er interessert i (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 85).

Tabell 1: PICO-skjema

Population/problem:	Intervention:	Comparison:	Outcome:
Pasienter på dagkirurgisk postoperativ avdeling	Sykepleierens smertekartlegging	-	Forståelse av pasientens opplevelse av postoperativ smerte

Fordi det meste av den internasjonale forskningen er publisert på engelsk, valgte jeg å benytte engelske søkeord. Jeg brukte følgende søkeord relatert til problemstillingen *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?:*

- Outpatient surgery, ambulatory surgery, day surgery.
- Pain assessment, pain measurement.
- Pain, postoperative pain.

Deretter gjennomførte jeg strukturerte søk i databasene Cinahl, PubMed og SveMed+. Jeg erfarte at det var viktig å begrense søkene med inklusjons- og eksklusjonskriterier, for å få så relevante treff som mulig og finne studier som kan gi svar på problemstillingen. De fleste kriteriene kunne jeg registrere i databasene, resten måtte jeg kontrollere selv for hver artikkel. Jeg brukte inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er beskrevet i Tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Pasienter på dagkirurgisk postoperativ avdeling Alle voksne Begge kjønn	Pasienter som har fått utført akutt operasjon Pasienter under 18 år Pasienter som er kognitivt svekket Pasienter som ikke snakker morsmålet til aktuelt land
Språk	Engelsk, dansk, svensk og norsk	Andre språk enn engelsk, dansk, svensk og norsk
Tidsavgrensning	Artikler 2010-2021	Artikler fra før 2010
Tilgjengelighet	Fulltekst	Kun sammendrag
Forskningsetikk	Artikler med etisk vurdering	Artikler som mangler etisk vurdering
	Fagfellevurderte artikler	Ikke IMRAD-struktur

For å velge ut aktuelle artikler etter søket leste jeg først titler, deretter sammendrag. Jeg leste så mer grundig gjennom artiklenes metodedel og beskrivelser av inklusjons- og eksklusjonskriterier de hadde benyttet, og utelukket de artiklene som ikke var relevante i forhold til avgrensningen av problemstillingen min.

Tabell 3: Søk etter forskningsartikler

Database, dato	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Inkludert i oppgaven (forfatter, årstall)
Cinahl 8.2.2021	s1 = "pain assessment" s2 = (MH "pain measurement") OR "pain measurement" s3 = (MH "postoperative pain") OR "postoperative pain" s4 = s1 and s2 and s3	363 1.992 319 16	1. Ünsal et al., 2019 2. Wikström et al., 2016
PubMed 10.2.2021	"Outpatient surgery" AND pain	138	3. Brix et al., 2017 4. Teunkens et al., 2017
Cinahl 10.2.2021	(Outpatient surgery OR ambulatory surgery OR day surgery) AND pain	328 (ikke avgrenset med "kun fulltekst")	5. Best et al., 2016 6. Pereira et al., 2016

Tabell 3 viser en oversikt over søkene i ulike databaser, for å finne relevante forskningsartikler. I Cinahl startet jeg med å gjøre søk på hvert søkeord separat. For hvert søk undersøkte jeg om databasen hadde emneord som kunne brukes i kombinasjon med mitt søkeord brukt som tekstord. Tekstord gir fritekstsøk i hele teksten. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artikler, og ved å søke med emneord kan søkene bli mer treffsikre (Thidemann, 2015, s. 87). Emneord i Cinahl beskrives med "MH" i tabell 3. Ved å kombinere søkeord med OR, får man treff på alle artikler som inneholder enten det ene eller det andre ordet. Ved å kombinere søk med AND, får man kun treff på artikler som inneholder begge ordene. Kolonnen "Antall treff" viser antall treff etter jeg har

avgrenset med inklusjons- og eksklusjonskriteriene som var mulig å registrere i databasene. Det første søket mitt i Cinahl resulterte i 16 artikler. Jeg leste alle de 16 artiklene i fulltekst for å vurdere om de var relevante for problemstillingen. På bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene endte det med to aktuelle artikler.

Jeg kombinerte tekstordene "outpatient surgery" og "pain" som søkeord i PubMed, og det resulterte i 138 treff etter avgrensningene. Etter å ha lest gjennom titler og sammendrag var det tre artikler jeg leste i fulltekst for å gjøre en siste evaluering. Den ene artikkelen hadde ikke med en etisk vurdering, dermed ble det to aktuelle artikler fra søket.

I det andre søket i Cinahl valgte jeg å gjøre et søk der jeg kombinerte ulike tekstord. Jeg kombinerte synonymene "outpatient surgery", "ambulatory surgery" og "day surgery" med "pain". Det resulterte i 328 artikler. Jeg sjekket om artiklene var relevante ved å lese titler og sammendrag, og sto igjen med fem artikler. To av artiklene hadde jeg tidligere funnet i søk i PubMed, dermed leste jeg gjennom tre artikler i fulltekst. En artikkel hadde ikke et IMRAD-oppsatt, og ble derfor ekskludert. Resultatet av søket ble to artikler som var aktuelle å bruke.

Søkene i SveMed+ ga ingen forskningsartikler jeg kunne inkludere i analysen, på grunn av at de ikke passet avgrensningene i problemstillingen.

For å finne fagbøker som er relevante til problemstillingen, gjennomførte jeg søk i Oria. Jeg brukte relevante søkeord på norsk, og avgrenset til trykte bøker som var gitt ut etter 2010 for å benytte oppdatert litteratur. Jeg valgte følgende bøker: Eide & Eide, 2018; Kristoffersen et al., 2017; F. Nortvedt, 2017; Slørdal, 2018; Strand & Nakstad, 2017; Stubberud et al., 2017.

For å bearbeide funnene fra forskningsartiklene, lagde jeg en liste som inneholdt resultater fra hver studie. Deretter samlet jeg resultatene med sammenfallende tematikk, og jeg så at det var fem hovedtemaer som er relevant for drøfting av problemstillingen. Disse temaene er ulike faktorer som påvirker den postoperative smertekartleggingen: Sykepleieres kliniske kompetanse, pasienters risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet, kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og preoperativ informasjon.

3.3 Kildekritikk

For å besvare problemstillingen *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?* valgte jeg å bruke både studier med kvalitativ og kvantitative metoder. Den kvalitative studien bidro med pasienter og sykepleieres dypere forståelse av relevante begreper, mens de kvantitative studiene ga data fra et bredt utvalg av deltakere, og svar på effekten av spesifikke tiltak som er relevante for problemstillingen.

I arbeidet med en litteraturstudie kreves det evne til kritisk vurdering av artiklene når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2018, s.60). Databasene jeg har benyttet er relevante å bruke, fordi de inneholder artikler fra anerkjente tidsskrifter innen helsefagene. Artiklene jeg benytter er fagfellevurdert, som betyr at de har vært vurdert og godkjent av eksperter innen det aktuelle fagfeltet (Thidemann, 2015, s.68). Jeg har valgt å ekskludere forskning som er gitt ut før 2010, for å benytte forholdsvis ny forskning på området.

Alle artiklene jeg har funnet beskriver internasjonale studier. En kontekst for studier som er langt fra norske forhold kan påvirke resultatet, men jeg anser allikevel at studiene kan overføres til norske forhold, og at de er relevante for å belyse problemstillingen i oppgaven.

Dalland (2018, s. 58) beskriver førforståelse som den meningen eller fordommen vi har med oss i møte med et fenomen. Min førforståelse av hvordan postoperativ smertekartlegging foregår, består av klinisk erfaring fra kirurgisk praksis på en dagkirurgisk avdeling, og teoretisk kunnskap fra studiet i sykepleie. Førforståelsen var en viktig faktor for valg av problemstilling, og jeg hadde et ønske om å fordype meg mer om temaet. Jeg forsøker å være bevisst den påvirkningen førforståelsen kan ha på oppgaven, slik at den ikke skal påvirke min objektivitet.

Det er utarbeidet ulike sjekklister for å vurdere kvaliteten på artiklene man ønsker å benytte. For å kvalitetssikre artiklene i denne oppgaven brukte jeg sjekklister i pensumboka "Jobb kunnskapsbasert!" (M. W. Nortvedt et al., 2013, s. 90-129), og på Helsebiblioteket.no (Folkehelseinstituttet, u.å.). Sjekklister er tilpasset hvilken metode som er brukt i den enkelte artikkel.

3.4 Etiske overveielser

Hovedprinsippene for etiske hensyn i forskningsartikler er respekt for deltakere, gode konsekvenser av intervensjonene, rettferdig gjennomføring og at forskeren har integritet (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 90). I alle beskrivelser av mine egne erfaringer fra praksis er sted og mennesker anonymisert, for å skjerme involverte personer. Denne litterære oppgaven bygger på andres tenkning, tekster og forskning, og alle kildene som er brukt er inkludert i litteraturlisten. Litteraturen er hentet fra relevante fagbøker, lovtekster, retningslinjer og søk i anerkjente databaser. I alle artiklene jeg har funnet, har forfatterne tatt etiske vurderinger. Det er beskrevet hvordan de har fått samtykke fra deltakere, de har skjermet informasjonen om deltakerne, og fått etisk godkjenning der det var pålagt.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres funnene fra søk i databasene. Først presenteres hver forskningsartikkel, etterfulgt av en oversikt over temaene som bearbeiding av funnene resulterte i.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1	
Artikkelforfatter	Ünsal, A., Karakurt, P. & Bahceli, A.
Årstall	2019
Tittel	Exploring Factors That Affected Pain Severity in Postoperative Period
Hensikt	Å utforske faktorer som påvirker intensiteten av postoperativ smerte hos pasienter på øre-nese-hals-avdeling.
Metode	Kvantitativ metode, deskriptiv studie med bruk av spørreskjema. Informantene svarte på et spørreskjema og rapporterte om postoperativ smerte ved bruk av VAS (visuell analog skala).
Antall deltakere	191 pasienter
Land	Tyrkia
Resultat	Studien viser at faktorer som kan gi økt intensitet av postoperativ smerte er om pasienten er kvinne, type operasjon, tilstedeværelse av pårørende og om pasientene er operert tidligere. Funnene viser også at pasienter opplever økt smerteintensitet dersom smerten opptrer periodevis i motsetning til sammenhengende, og påvirkes dermed av hvor ofte pasienten får smertestillende.
Relevans	Studien er relevant fordi den angir risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet.

Artikkel 2	
Artikkelforfatter	Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A.
Årstall	2016
Tittel	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis
Hensikt	Å beskrive helsepersonells pleieopplevelser og tiltak når de kartlegger postoperative smerter.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. The critical incident technique (CIT), en utforskende måte å få frem mye data om bestemte situasjoner. Strategisk utvalgte deltakere ble bedt om å gjengi selvopplevde hendelser som påvirket smertekartleggingen og tiltak for å forstå pasientens postoperative smerte.
Antall deltakere	24 sykepleiere, helsefagarbeidere og leger, om 480 hendelser.
Land	Sverige
Resultat	Funnene viser at postoperativ smertekartlegging påvirkes av hvordan pasienten beskriver smerten, og deres barrierer mot å uttrykke smerte. Pasientens barrierer kan være en engstelig personlighet, fortsatt påvirket og trøtt av anestesen, skepsis mot analgetika, ikke vil bli sett på som svak eller ikke ønsker å være til bry. Kartleggingen påvirkes også av sykepleieres kliniske kompetanse og tidsbruk. Smertekartleggingen innebærer at sykepleiere samler data om pasientens smerte og effekt av analgetika, og samarbeider tverrprofesjonelt for å utveksle kunnskap og erfaringer om pasientenes smerter. Kommunikasjonsferdigheter hos både pasienter og sykepleiere er avgjørende for kartlegging av postoperativ smerte, og det er viktig at begge parter har en felles forståelse av kartleggingsverktøyet.
Relevans	Studien er relevant fordi den angir faktorer som påvirker kartlegging av postoperative smerter, som kommunikasjon, sykepleiers kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid.

Artikkel 3	
Artikkelforfatter	Brix, L. D., Bjørnholdt, K. T., Thillemann, T. M. & Nikolajsen, L.
Årstall	2017
Tittel	Pain-related unscheduled contact with healthcare services after outpatient surgery
Hensikt	Å kartlegge pasienters ikke planlagte kontakt med helsevesenet relatert til smerte, inkludert risikofaktorer for kontakt, etter elektiv dagkirurgi.
Metode	Kvantitativ, prospektiv observasjonsstudie. Informantene svarte på elektroniske spørreskjema en og åtte uker etter fem ulike operasjoner.
Antall deltakere	732 pasienter. 173 frafalt fra totalt 905 pasienter.
Land	Danmark
Resultat	Funnene viser at 20,5 % av pasientene rapporterte å ha tatt kontakt med helsevesenet av smerterelaterte årsaker i løpet av de åtte første ukene etter elektiv dagkirurgi. Smerterelaterte henvendelser skjedde oftest etter laparoskopisk galleoperasjon (27,9 %). Flest henvendelser gjaldt mer informasjon og veiledning (41,2 %), etterfulgt av resept på smertestillende (20,7 %). 62,7 % rapporterte å ha fulgt anbefalt behandling med smertestillende legemidler etter hjemkomst, og for tre av de fem undersøkte operasjonene hadde de fortsatt smerter etter åtte uker. Studien viser at faktorer for smerterelatert kontakt er om pasienten er kvinne, type operasjon pasienten har gjennomgått og om pasienten er arbeidsledig.
Relevans	Studien er relevant fordi den angir risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet.

Artikkel 4	
Artikkelforfatter	Teunkens, A., Vanhaecht, K., Vermeulen, K., Fieuws, S., Van de Velde, M., Rex, S., Bruyneel, L.

Årstall	2017
Tittel	Measuring satisfaction and anesthesia related outcomes in a surgical day care centre: A three-year single-centre observational study.
Hensikt	Å måle pasienters tilfredshet med pleie og pasientrapporterte utfall relatert til anestesi og kirurgi, etter dagkirurgi.
Metode	Kvantitativ observasjonsstudie. Informantene svarte på utdelt spørreskjema.
Antall deltakere	5424 pasienter. 396 frafalt fra totalt 5820 pasienter.
Land	Belgia
Resultat	Funnene viser at 98 % av pasientene var generelt tilfredse eller veldig tilfredse etter dagkirurgi. Det ble målt tilfredshet med mange ulike deler av oppholdet, som pleie fra sykepleiere og leger, informasjon, parkering og logistikk. Faktorer som ga høyest score var om pasienten var mann, høyere alder og høyere utdanning. Funnene viser at kvinner rapporterte gjennomsnittlig høyere postoperativ smerte enn menn. Opplevelse av smerte varierte mellom type operasjoner pasientene gikk gjennom.
Relevans	Studien er relevant fordi den angir at pasienters grad av tilfredshet kan si noe om de fikk god smertebehandling, og dermed om kartlegging ble korrekt utført av sykepleier. I tillegg beskriver den risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet.

Artikkel 5	
Artikkelforfatter	Best, J. T., Musgrave, B., Pratt, K., Hill, R., Evans, C. & Corbitt, D.
Årstall	2016
Tittel	The Impact of Scripted Pain Education on Patient Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients
Hensikt	Å undersøke pasienters tilfredshet med strukturert preoperativ opplæring om smertebehandling, for pasienter som har gjennomgått dagkirurgisk gastrokirurgi.

Metode	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse med intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, for å måle effekt av tiltak. Tiltaket besto i å gjøre den preoperative informasjonen strukturert og individuelt tilpasset, med relevant skriftlig og muntlig informasjon.
Antall deltakere	100 pasienter. 50 i intervensjonsgruppe og 50 i kontrollgruppe
Land	USA
Resultat	Funnene viser at intervensjonsgruppen rapporterte med høyere score enn kontrollgruppen, at opplæringen de hadde mottatt om smerte hadde vært til hjelp for å håndtere postoperativ smerte. Fra begge grupper rapporterte allikevel noen pasienter at opplæringen ble gjennomført i et høyt tempo, og at de burde få mer tid til å forstå informasjonen og stille spørsmål. Funn viste også at sykepleiere burde være mer fokusert på pasienten og ikke gjøre andre forberedelser samtidig med opplæringen.
Relevans	Studien er relevant fordi postoperativ smertekartlegging påvirkes av pasienters forståelse av smerte og kartleggingsverktøy, og pasienten forberedes ved å få informasjon preoperativt. Studien viser at strukturert og pasienttilpasset informasjon før operasjonen kan gjøre pasienter mer tilfredse med behandling av postoperative smerter.

Artikkel 6	
Artikkelforfatter	Pereira, L., Figueiredo-Braga, M. & Carvalho, I. P.
Årstall	2016
Tittel	Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes
Hensikt	Å vurdere hvilken effekt preoperativ samtale med empatisk og pasientfokusert tilnærming har på preoperativ angst og kirurgiske utfall for dagkirurgiske pasienter.
Metode	Kvantitativ metode. Randomisert kontrollert forsøk med intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, for å måle effekt av tiltak.

Antall deltakere	Tiltaket besto i å gjennomføre den preoperative samtalen på en empatisk og pasientfokusert måte, med individuelt tilpasset informasjon og håndtering av pasientens følelser. Observasjoner og spørreskjema.
Land	104 pasienter. 52 i intervensjonsgruppe og 52 i kontrollgruppe Portugal
Resultat	Funnene viste at intervensjonsgruppen rapporterte om lavere nivå av angst, lavere postoperativ smerteintensitet, bedre kirurgisk tilheling, høyere nivå av fysisk aktivitet og tilfredshet med mottatt informasjon, sammenliknet med kontrollgruppen. Funnene viser også at intervensjonsgruppen hadde bedre sårtilheling enn kontrollgruppen.
Relevans	Studien er relevant fordi postoperativ smertekartlegging påvirkes av pasienters forståelse av smerte og kartleggingsverktøy, og pasienten forberedes ved å få informasjon preoperativt. Studien viser at fokus på empatisk og pasienttilpasset informasjon før operasjonen kan gi lavere postoperativ smerteintensitet.

Jeg har valgt å inkludere en forskningsartikkel med en studie som har brukt kvalitativ metode, og fem forskningsartikler med studier som har benyttet kvantitative metoder. To av studiene er beskrevet som observasjonsstudier (Brix et al., 2017; Teunkens et al., 2017), som i første omgang kunne tyde på at de hadde brukt kvalitativt studiedesign. På bakgrunn av Drageset og Ellingsens (2009, s. 105) fagartikkel om kvantitative forskningsmetoder, har jeg derimot konkludert med at disse studiene har brukt kvantitative metoder. Forfatterne skriver at kvantitativ metode kan gi breddekunnskap og finne årsakssammenhenger. Videre forklares observasjonsstudier som et beskrivende design der verden beskrives som den er, i motsetning til et kvantitativt eksperimentelt design der forskerne tester ut en endring, og måler effekten av endringen. Bruk av spørreskjema er dessuten relevant for kvantitativ forskning, i tillegg til analysing av data ved bruk av statistiske metoder (Drageset & Ellingsen, 2009).

Bearbeiding av funnene fra forskningsartiklene resulterte i fem hovedtemaer som er relevante i forhold til problemstillingen *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?*

De fem hovedtemaene jeg har funnet utgjør ulike faktorer som påvirker den postoperative smertekartleggingen:

- Sykepleieres kliniske kompetanse
- Pasienters risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet
 - kvinnelig pasient
 - type operasjon
 - tilstedeværelse av pårørende
 - tidligere operert pasient
 - smerten opptrår periodevis i motsetning til sammenhengende
 - sosiale forhold (arbeidsledig pasient)
- Kommunikasjon
 - pasienters og sykepleieres felles forståelse av kartleggingsverktøy
 - pasienters evne og vilje til å uttrykke smerte
- Tverrprofesjonelt samarbeid
 - utveksle kunnskap og erfaringer om pasientenes smerter
- Preoperativ informasjon
 - strukturert og pasienttilpasset informasjon før operasjonen kan gjøre pasienter mer tilfredse med behandling av postoperative smerter
 - empatisk tilnærming i den preoperative informasjonen bidrar til lavere postoperativ smerteintensitet
 - pasientfokusert tilnærming i den preoperative informasjonen bidrar til lavere postoperativ smerteintensitet

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen *Hvordan kan sykepleier på dagkirurgisk avdeling kartlegge postoperative smerter?* med bakgrunn i teorien og forskningsartiklene som er presentert i oppgaven.

5.1 Sykepleiers kompetanse

Når sykepleier på dagkirurgisk avdeling skal utføre sin jobb med å kartlegge pasienters postoperative smerter, må teoretisk kunnskap om smerter, fysiologiske reaksjoner, smertebehandling og bruk av kartleggingsverktøy være på plass (Stubberud et al., 2017, s. 382). Både helsepersonelloven (1999, § 4) og NRSs yrkesetiske retningslinjer (2011, s. 7) legger til grunn at sykepleiere skal yte forsvarlig pleie med utgangspunkt i faglig kunnskap. Rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 9) beskriver i likhet med dette, at sykepleier må ha nødvendig fagkunnskap for å utføre tiltak som smertekartlegging. Med teoretisk kunnskap kan sykepleier gjenkjenne akutte smerter etter dagkirurgi, og vite hvilke fysiologiske reaksjoner som er viktig å se etter (F. Nortvedt, 2017, s. 175). Videre vil kunnskap om smertetrappen (Stubberud et al., 2017, s. 396) og hvilke analgetika som egner seg i forhold til pasientens smerteintensitet være viktig kunnskap, inkludert legemidlenes virkning og bivirkninger (Slørdal, 2018, s. 326-334).

Forskning viser imidlertid at det kan være avstand mellom sykepleieres teoretiske kunnskap om og deres tiltak ved administrering av analgetika etter kirurgi. Det viser seg at sykepleiere kan være tilbakeholdne med å administrere opioider, fordi de er redde for at pasienten skal få respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet (Granheim et al., 2015, s. 326). Når vi vet at for dårlig behandling av postoperative smerter kan gi uheldige konsekvenser for pasienten (Stubberud et al., 2017, s. 395), vil det være avgjørende å gi sykepleiere bedre opplæring i multimodal smertebehandling og opioiders effekt og bivirkninger. I det daglige tenker jeg at det kollegiale samarbeidet i avdelingen er viktig, for å styrke et felles kunnskapsnivå og gode holdninger. Det har vært viktig for meg som praksisstudent, men vil etter min mening være like viktig gjennom hele sykepleierkarrieren. Det bør være et mål at den dagkirurgiske avdelingen har et åpent miljø der sykepleiere kan diskutere og veilede hverandre. Et annet

tiltak for å øke kompetansen kan være at sykepleier deltar på interne fagdager med opplæring og diskusjoner. Dette kan også bidra til at sykepleier holder seg oppdatert om sitt fagområde og utøver forsvarlig pleie ved kartlegging og behandling av postoperative smerter.

I tillegg til teoretisk kunnskap viser faglitteratur og forskning at sykepleier på dagkirurgisk avdeling må ha klinisk kompetanse for å kunne gjennomføre kartlegging av postoperative smerter (Stubberud et al., 2017, s. 382; Wikström et al., 2016). Sykepleier som skal kartlegge smertene må kunne måle pasientens vitale tegn som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, fordi etter kirurgi kan de akutte smertene gi fysiologiske reaksjoner som økt blodtrykk, respirasjonsfrekvens og puls. Videre må sykepleier observere pasienters verbale og non-verbale smerteuttrykk (Stubberud et al., 2017, s. 389). Dersom pasienten er våken, kan sykepleier starte med å spørre pasienten "Føler du noen smerter?". For å få svar på smertens lokalisasjon kan sykepleier spørre pasienten "Hvor kjenner du smerten?", og eventuelt merke av på et kroppskart i journalen. Deretter kan sykepleier benytte et kartleggingsverktøy som NRS eller VAS, for å få informasjon fra pasienten om smertens intensitet. For å observere de non-verbale smerteuttrykkene, kan sykepleier registrere muskelspenninger, grimaser og lyder.

Studien til Wikström et al. (2016) viser at smertekartleggingen påvirkes av hvordan sykepleiere utnytter helsetjenestens ressurser. Tid kan være en knapp ressurs på en dagkirurgisk avdeling (Stubberud et al., 2017), og for lite tid til kartlegging kan føre til at pasienten ikke rekker å forklare smerteopplevelsen godt nok, og kan bli misforstått av sykepleier (Wikström et al., 2016). Resultatet kan bli at pasienten får for dårlig smertebehandling. Samtidig har forskning vist at det er viktig med kontinuerlig smertelindring (Ünsal et al., 2019), og at det dermed er hensiktsmessig at sykepleier gjennomfører effektiv kartlegging for å sette i gang smertelindrende tiltak så raskt som mulig. Tiden vil kanskje alltid være en ressurs som sykepleiere føler vi har for lite av, men da må vi stadig jobbe med å vurdere rutinene våre og utnytte tiden som best vi kan. Min erfaring er at dersom kartleggingen i første omgang gjøres grundig og sykepleier får en god forståelse av pasientens smerteopplevelse, kan det føre til at smertelindringen blir så god at den videre oppfølgingen med smertekartlegging og -behandling blir mindre tidkrevende.

Hvis derimot sykepleier gjennomfører kartleggingen raskt og overfladisk, er det større sjanse for at smerten ikke lindres godt nok, smerten må kartlegges og behandles over lengre tid, og det kan ta lengre tid før pasienten kan dra hjem. Samtidig tenker jeg at godt samarbeid mellom kolleger kan føre til mer effektiv gjennomføring av arbeidsoppgavene. Sykepleiere kan utnytte tiden bedre ved å fordele oppgavene med tanke på hvem som har ledig kapasitet, og delegere ansvar der det er behov.

5.2 Risikofaktorer for økt postoperativ smerteintensitet

Sykepleier trenger også bakgrunnskunnskap om pasienten, for å kartlegge postoperative smerter. Dette støttes av internasjonale studier ved ulike dagkirurgiske avdelinger, som har undersøkt pasienters erfaringer knyttet til postoperative smerter. De har funnet risikofaktorer som kan føre til økt postoperativ smerteintensitet (Brix et al., 2017; Teunkens et al., 2017; Ünsal et al., 2019). Det kan være til stor hjelp for smertekartleggingen at sykepleier er bevisst om pasienten har noen egenskaper som indikerer for en risiko for å oppleve postoperative smerter. For å skaffe seg denne kunnskapen, kan sykepleier lese pasientens journal, få rapport fra kolleger og ikke minst snakke med pasienten selv. På denne måten kan sykepleier gjøre tiltak for å motvirke den negative effekten av risikofaktorene der det er mulig.

Kvinnelige pasienter viser seg å være mer utsatt for økt postoperativ smerte enn menn (Brix et al., 2017; Teunkens et al., 2017; Ünsal et al., 2019). Brix et al. (2017) foreslår at en årsak til at kvinner oftere rapporterer at de opplever postoperative smerter kan være at de generelt har lavere terskel for å søke hjelp fra helsearbeidere i forhold til menn. Ünsal et al. (2019) åpner for at kjønn og genetiske forhold kan påvirke smerteopplevelsen og effekt av analgetika. Teunkens et al. (2017) undersøkte i tillegg pasienters grad av tilfredshet med ulike sider av oppholdet inkludert smertebehandlingen, og funnene viste at kvinner var vesentlig mindre fornøyde enn menn. Uansett årsak kan kvinners økte risiko for postoperativ smerte tyde på smertekartleggingen av kvinner kan være mangelfull, slik at smertene ikke blir behandlet tilstrekkelig. Når sykepleier møter en kvinnelig pasient, vil det være viktig å fokusere på hennes egne beskrivelser av smerten, og anerkjenne at pasientens subjektive opplevelser er ekte (Stubberud et al., 2017, s. 382). En sammenlikning av postoperative

smertes hos kvinnelige og mannlige pasienter vil ikke være relevant. Dersom smertekartleggingen viser at den gitte analgetika ikke har hatt tilstrekkelig lindrende effekt for den kvinnelige pasienten, må sykepleier øke dosene med analgetika slik som smertetrappen indikerer (Stubberud et al., 2017, s. 396). Faglitteraturen forteller oss at opplevelsen av smerte påvirkes av kulturen vi lever i (Stubberud et al., 2017, s. 383). Min oppfattelse er at i mange kulturer, deriblant i vestlige land som Norge, er menn opplært til å utvise styrke og ikke svakhet. Det er ikke dermed avgjort at menn ikke opplever samme smerteintensitet som kvinner. Uansett hvilket kjønn pasienten har, vil det være viktig at sykepleier utforsker pasientens opplevelse av smerter.

Forskning viser at pasienters postoperative smerte kan påvirkes av hvilken type operasjon som er gjennomført (Brix et al., 2017; Teunkens et al., 2017; Ünsal et al., 2019). De tre studiene har undersøkt ulike dagkirurgiske operasjoner, dermed kan ikke funnene brukes til en generalisert rangering av type kirurgiske inngrep. Min erfaring fra dagkirurgisk avdeling er at det lokalt er laget standarder for smertelindring etter hvilket inngrep som gjøres. Legen som er ansvarlig for pasienten skal ha beskrevet i journalen hvilken smertebehandling som forventes å være riktig å gi. Sykepleier kan lese denne verdifulle informasjonen i pasientens journal, være bevisst den forventede smerteintensiteten, og dermed kan sykepleier utføre kartleggingen hyppig nok til å følge opp eventuelle endringer i pasientens tilstand.

Studien til Ünsal et al. (2019) har videre resultert i funn som tyder på at pasienter rapporterer høyere smerteintensitet dersom pårørende er til stede, og foreslår at årsaken kan være at pasienter har en oppfattelse av at de får mer støtte fra sine pårørende dersom de uttrykker sterkere smerter. På den andre siden kan jeg se for meg at det for noen pasienter skaper mer trygghet at pårørende er med, noe som kan redusere smerteopplevelsen og påvirke pasientens selvrapporing av smerte i motsatt retning. Min erfaring fra praksis i en dagkirurgisk avdeling, er at pårørende kun får være med i spesielle tilfeller der pasienten trenger ledsager. Hovedgrunnen er kanskje plassmangel, men jeg tenker også at det er en fordel å unngå at pasienten rapporterer en smerteintensitet som ikke er reell, på bakgrunn av at pårørende er til stede.

Forskning viser også at det kan være en risikofaktor for økt postoperativ smerte dersom pasienten har vært operert tidligere (Ünsal et al., 2019). Faglitteraturen beskriver at

pasienter som har tidligere erfaringer fra kirurgi kan ha angst og overdrevne antakelser om den forestående opplevelsen (Stubberud et al., 2017, s. 324). Det vil i slike tilfeller være viktig at sykepleier på postoperativ avdeling får denne informasjonen om pasienten fra journalen eller fra rapport fra kolleger. Sykepleier kan dermed utforske pasientens opplevelser, ta seg tid til at pasienten kan stille spørsmål og snakke om sine bekymringer, og gi relevant informasjon slik at pasienten får realistiske oppfatninger av forholdene rundt smerte og smertebehandlingen.

Wikström et al. (2016) viser til at enkelte helsearbeidere bruker sin erfaringsbaserte kunnskap om pasienters smerte til å fornemme deres smerte, det såkalte "kliniske blikket", uten å ha en rutine for å kartlegge smerten systematisk eller med verktøy som smerteskalaer. Et "klinisk blikk" er bra å ha, men funn i studien til Ünsal et al. (2019) viser på den andre siden at sammenhengende smertelindring bidrar til å holde smerteintensiteten lav. Studien viser at smerte som opptrår periodevis i motsetning til sammenhengende, kan være en risikofaktor for at pasienten opplever økt postoperativ smerteintensitet. Sammenhengende smertelindring kan oppnås ved at sykepleier kartlegger den postoperative smerten systematisk og ved tidsintervaller tilpasset pasientens smerter (Stubberud et al., 2017, s. 397).

I studien til Brix et al. (2017) ble spørsmål om pasientenes sosiale forhold inkludert, ved at de undersøkte hvorvidt pasientene var i arbeid. Funnene viste at arbeidsledighet var en risikofaktor for økte postoperative smerter, og forfatterne foreslår at årsaken til denne sammenhengen kan være pasientenes manglende sosiale nettverk. Jeg vil anta at en pasient som ikke har et godt sosialt nettverk og generelt mangler støtte i det daglige, kan føle seg usikker på sine opplevelser av smerte og i verste fall underrapporterer intensiteten. Når sykepleier skal kartlegge pasientens postoperative smerte, kan det dermed bli utfordrende å innhente informasjon om pasientens virkelige smerteopplevelse ved hjelp av en smerteskala. I slike situasjoner kan det være fordelaktig å skaffe mer informasjon ved at sykepleier måler pasientens blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, for å vurdere de fysiologiske reaksjonene av smerten (Stubberud et al., 2017, s. 389).

5.3 Kommunikasjon

Kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier er en avgjørende faktor for sykepleiers kartlegging av pasientens postoperative smerter på en dagkirurgisk avdeling. Stubberud et al. (2017, s. 383) beskriver smerter som pasientens subjektive opplevelse, som leder til at sykepleier må få tak i pasientens egne beskrivelse av den gjennom samtale og bruk av kartleggingsverktøy. Smerten påvirkes av personens kulturelle bakgrunn og tidligere erfaringer. Dermed er det viktig at sykepleier på dagkirurgisk avdeling tar individuelle hensyn, anerkjenner pasientens egne smerteopplevelser og samarbeider ved å inkludere pasienten i kartleggingen av postoperative smerter (Stubberud et al., 2017, s. 383-384). Jeg tenker at sykepleier bør møte pasienten med utforskende spørsmål, som kan avdekke om pasienten har noen av risikofaktorene for postoperativ smerte, og som kan gi svar på smertens lokasjon og intensitet. Ved bruk av smerteskalaen NRS, kan sykepleier spørre: "Kan du angi smerten på en skala fra 0 til 10, der 0 betyr ingen smerte og 10 betyr den verst tenkelige smerte?". Kommunikasjonen fører til et samarbeid om smertekartleggingen, som også er i tråd med pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om at pasienter har rett til medbestemmelse ved mottak av helse- og omsorgstjenester (1999, § 3-1), og at Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5) fastslår at studiet skal utdanne pasientorienterte yrkesutøvere.

Stubberud et al. (2017, s. 383) skriver at sykepleiere kan vise motstand mot å bruke kartleggingsverktøy til smertekartlegging, fordi de mener at standardiserte verktøy fjerner det individuelle perspektivet i pleien. Men Stubberud et al. (2017, s. 390) fremhever videre at ved å bruke smerteskalaer slik som NRS og VAS, lar sykepleier pasientens egne smerteopplevelse komme i fokus. Det er uten tvil en faglig oppfatning at bruk av kartleggingsverktøy som smerteskalaer i tillegg til vitale målinger og observasjon av smerteuttrykk vil gi mest data og dermed et bedre grunnlag for å vurdere postoperativ smerte (Stubberud et al., 2017, s. 390).

Pasientens selvrapportering beskrives i litteraturen som gullstandarden for kartlegging av postoperative smerter (Dansie & Turk, 2013, s. 21), men i den tidlige postoperative fasen kan pasienten fortsatt være påvirket av anestesi og være ut og inn av søvnen (Stubberud et al., 2017, s. 351; Wikström et al., 2016). Da er det best at sykepleier gir pasienten ro inntil

anestesian avtar mer, og kommunikasjon med pasienten må vente. Smertekartleggingen baseres i slike situasjoner kun på sykepleierens målinger og observasjoner.

Ved bruk av kartleggingsverktøy er det viktig at sykepleier og pasient har en felles forståelse av verktøyet de bruker (Stubberud et al., 2017, s. 390). Forskning viser at pasient og sykepleier kan ha ulik oppfatning om hvilket nivå på smerteskalaen som tilsvarer en smerteintensitet som bør behandles med analgetika, og hvilket nivå som er akseptabelt (Wikström et al., 2016). Studien til Wikström et al. (2016) viser i tillegg at pasientens evne til å beskrive sine smerteopplevelser har mye å si for kartleggingen. Dersom pasientens score på smerteskalaen stemmer med det verbale eller non-verbale smerteuttrykket, er det lett for sykepleier å forstå beskrivelsen. Hvis derimot pasienten viser sterke følelsesmessige uttrykk som roping, gråt eller latter på grunn av intense smerter, kan det være vanskelig for sykepleier å kommunisere med pasienten om smerten.

I en studie utført av Eriksson et al. (2014, s. 45), uttrykker pasienter at kartleggingsverktøy har sin plass i den postoperative smertekartleggingen, men at det i tillegg er behov for dialog mellom sykepleier og pasient for å gi pasientene mulighet til å beskrive smerten med egne ord. Det viste seg å være et behov for at sykepleier og pasient setter et felles mål for smertebehandlingen, fordi de kan ha ulik oppfatning om hvilket nivå på skalaen som angir behov for analgetika. Dersom det viser seg at sykepleier og pasient har ulik forståelse av smertens intensitet og behovet for smertelindring, skal pasientens opplevelser veie tyngst fordi det kun er pasienten som kan føle smerten (Stubberud et al., 2017, s. 383). Forskningen tyder på at sykepleieren på dagkirurgisk avdeling må sørge for at pasienten har nødvendig informasjon om kartleggingsverktøyet. Samtidig vet vi at tiden er knapp ved kartleggingen av postoperative smerter, og det vil derfor være hensiktsmessig om pasienten har fått mest mulig relevant informasjon i forkant av operasjonen (Stubberud et al., 2017, s. 320).

Forskning viser at pasienter kan være tilbakeholdne med å snakke om smerten, fordi de ikke stoler på effekten av analgetika etter sine tidligere erfaringer, ikke ønsker å bli sett på som svake eller ikke ønsker å være til bry for sykepleier (Wikström et al., 2016). Den samme studien viser i tillegg at dersom pasienten har en engstelig personlighet, kan det også være en barriere for kommunikasjonen med sykepleier når smerten skal kartlegges (Wikström et al., 2016).

Eide og Eide (2018, s. 16-40) trekker linjer mellom profesjonell kommunikasjon og pasientorientert sykepleie, og skriver at empati og tillit er viktige elementer i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Ved at sykepleier gir pasienten følelsen av å bli sett som et individ, kan pasienten føle trygghet og tillit til sykepleieren, og åpne opp om sine følelser og smerteopplevelser. Stubberud et al. (2017, s. 388) peker også på at tillit kan bidra til at sykepleier anerkjenner pasientens subjektive smerteopplevelser, og at pasienten stoler på at sykepleieren vil yte nødvendig hjelp. Sykepleiere bør være bevisst at pasienter i den postoperative fasen kan føle det belastende med tap av kontroll over sin egen situasjon, og av denne grunn sørge for god støtte og informasjon (Stubberud et al., 2017, s. 310). Strand og Nakstad (2017, s. 582) fremhever viktigheten av å skape ro, og at sykepleier må ta seg tid til å besvare pasientens spørsmål.

Min erfaring fra kirurgisk praksis er at situasjonen rundt kartlegging av postoperative smerter på en dagkirurgisk avdeling er preget av lite tid og raske beslutninger, og virker ikke som den naturlige situasjonen for å skape en god og tillitsfull relasjon til pasienten. Men derfor bør sykepleier sørge for at den begrensede tiden man har til kommunikasjon er tillitsfull og god, slik som Eide og Eide (2018, s. 22-26) skriver. Sykepleier bør være rolig, lytte aktivt ved å være åpen for hva pasienten uttrykker verbalt og non-verbalt, og møte pasientens sårbarhet med respekt og støtte.

Stubberud et al. (2017, s. 404) viser til at enkelte pasienter kan unnlate å gi informasjon om smerter fordi de er bekymret for de alvorlige bivirkningene av sterke analgetika og opioider, og kan spesielt være redd for å utvikle en fysisk avhengighet. Dette er i tråd med mine egne erfaringer fra en dagkirurgisk avdeling, der jeg flere ganger opplevde pasienters skepsis mot opioider. Jeg tenker at en slik holdning kan komme av manglende kunnskap, og da er det sykepleiers ansvar å veilede pasienten til en bedre forståelse. Dette støttes også av faglitteraturen, som hevder at sykepleier i en slik situasjon må gi pasienten relevant informasjon om virkninger og bivirkninger av analgetika for å oppklare eventuelle misforståelser (Stubberud et al., 2017, s. 406). Sykepleier bør forklare at det er viktig med god behandling av akutte smerter for å unngå komplikasjoner som kroniske smerter (Stubberud et al., 2017, s. 395). Videre bør sykepleier informere om at de sterke opioidene kun brukes i en kort periode etter operasjonen, og en avhengighet først kan utvikles dersom

opioidene brukes over en til to uker (Stubberud et al., 2017, s. 404). Sykepleier bør være positiv, støttende og oppmuntre pasienten til å dele sin smerteopplevelse.

5.4 Tverrprofesjonelt samarbeid

I diskusjonen om å sikre sykepleiers faglige kunnskap, og om hvordan tiden kan utnyttes mer effektivt i smertekartleggingen, argumenterte jeg for at det kollegiale samarbeidet i den dagkirurgiske avdelingen er viktig. Forskning viser også at helsearbeidere samarbeider for å overføre relevant informasjon, og søker støtte fra hverandre når de er usikre på vurderingen av smerte (Wikström et al., 2016). Jeg opplevde i kirurgisk praksis hvordan sykepleier på dagkirurgisk avdeling mottar rapport fra operasjons- og anestesisykepleiere når de triller inn pasienten etter operasjonen. Denne overføringen av informasjon om pasientens status og administrasjonen av legemidler, bidrar med relevant data til sykepleierens smertekartlegging.

Det tverrprofesjonelle samarbeidet kan også være en viktig faktor i kartleggingen av postoperativ smerte, og dette støttes av relevante lover og retningslinjer.

Helsepersonelloven (1999, § 4) slår fast at sykepleiere skal samarbeide tverrprofesjonelt, og utnytte hverandres kunnskap og erfaringer. NSF's yrkesetiske retningslinjer (2011, s. 9) uttrykker på sin side at sykepleiere skal "fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten". Sykepleier vil etter kartleggingen dokumentere de postoperative smertene og effekten av smertebehandlingen i pasientens journal, og gir på denne måten verdifull informasjon til legen som skal forordne analgetika i samsvar med pasientens behov (Stubberud et al., 2017, s. 390). Stubberud et al. (2017, s.390) viser også til at det tverrprofesjonelle samarbeidet styrkes ved at sykepleier bruker standardiserte kartleggingsverktøy, slik at sykepleiere og leger får et felles språk som minsker risiko for usikkerhet og feil smertebehandling.

5.5 Preoperativ informasjon

Jeg har som sykepleierstudent opplevd at enkelte pasienter ved ankomst til postoperativ avdeling uoppfordret har uttrykket sin smerte ut ifra en NRS smerteskala, som kan tyde på at

de allerede kjenner til NRS eller har fått god informasjon om smertekartleggingen før den dagkirurgiske behandlingen. Det er til stor hjelp for sykepleier at pasienten allerede kjenner til kartleggingsverktøyet (Stubberud et al., 2017, s. 320), slik at smertekartleggingen blir effektiv og pasienten raskere kan få lindret smerten. Dette viser at den preoperative informasjonen kan påvirke sykepleiers kartlegging av postoperative smerter.

Best et al. (2016) gjennomførte en studie der de undersøkte effekten av å endre den preoperative informasjonen til å være strukturert, standardisert og pasienttilpasset, i motsetning til den mindre planlagte måten sykepleierne tidligere hadde gjennomført samtalene på. Tiltaket besto av muntlig og skriftlig relevant informasjon og tid til å svare på spørsmål fra pasientene. Funnene viste at tiltaket hadde en positiv effekt på pasientenes tilfredshet med behandlingen av postoperative smerter. Studien støttes av Pereira et al. (2016), som undersøkte effekten av å gjennomføre den preoperative informasjonen på en empatisk og pasientfokusert måte, der de tilpasset informasjonen til hver pasient og hadde tid til å håndtere pasientens følelser for operasjonen. Tiltaket førte til at pasientene i intervensjonsgruppen rapporterte om lavere postoperativ smerteintensitet.

Disse studiene synliggjør hvor viktig det er at sykepleiere og pasienter kommuniserer godt, som er i tråd med faglitteraturens beskrivelser av at profesjonell kommunikasjon bør være tuftet på empati og tillit (Eide & Eide, 2018, s. 16-40; Stubberud et al., 2017, s. 388). I tillegg kan jeg anta at mer strukturert, pasienttilpasset og empatisk gjennomført preoperativ informasjon kan gi en positiv påvirkning på den postoperative smertekartleggingen. Dersom pasienten derimot ikke har fått tilstrekkelig informasjon preoperativt, må sykepleier på den postoperative avdelingen gi tydelig og relevant informasjon i kartleggingssituasjonen.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg satt søkelyset på hvordan sykepleier kan kartlegge postoperative smerter på en dagkirurgisk avdeling. Å kartlegge pasienters postoperative smerte er et grunnleggende sykepleietiltak for å gi tilfredsstillende smertebehandling, og dermed unngå langvarige smerter som kan føre til svekket rehabilitering. Denne litterære studien har vist at kartlegging av postoperative smerter påvirkes av sykepleieres kliniske kompetanse, tverrprofesjonelt samarbeid og den preoperative informasjonen som pasienten får. Det viser seg at både bestemte risikofaktorer for postoperativ smerteintensitet og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient kan ha stor innvirkning på smertekartleggingen.

Studien viser at sykepleier må bruke sine faglige kunnskaper om smerte og smertens fysiologiske reaksjoner, og innhente relevante data fra vitale målinger og observasjoner av pasientens verbale og non-verbale smerteuttrykk. Pasientens egne beskrivelser av smerten er sykepleiers viktigste hjelpemiddel, og når pasienten er våken må sykepleier stille pasienten spørsmål om den postoperative smerten, slik at pasienten kan uttrykke den både med egne ord og ved hjelp av en smerteskala. Det vil være viktig med tett oppfølging av smerten, for å gi en sammenhengende smertelindring. Dermed bør smertekartleggingen gjentas hyppig i starten av den postoperative fasen, og tilpasses pasientens individuelle behov frem til hjemreise. For hver kartlegging dokumenterer sykepleieren i pasientens journal eller kurve, for å følge med på pasientens utvikling, og bidra til tverrprofesjonelt samarbeid om relevant informasjon.

Gjennomgangen av faglitteratur og forskning på temaet viser at mange pasienter fortsatt opplever postoperative smerter etter hjemreise fra dagkirurgi. Det er viktig at vi opprettholder fokuset på å gi pasienter god smertelindring på postoperativ avdeling, og jeg anbefaler at det i fremtiden i tillegg forskes på hva som kan gjøres for å videreføre tilstrekkelig smertebehandling også etter hjemreise. Andelen dagkirurgisk behandling vil sannsynligvis fortsette å øke, og dermed vil denne pasientgruppen trenge økt oppmerksomhet i tiden som kommer også.

Litteraturliste

- Brix, L. D., Bjørnholdt, K. T., Thillemann, T. M. & Nikolajsen, L. (2017). Pain-related unscheduled contact with healthcare services after outpatient surgery. *Anaesthesia*, 72, 870-878. <https://doi.org/10.1111/anae.13876>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dansie, E. J. & Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 19-25. <https://doi.org/10.1093/bja/aet124>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113. <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström, A. (2014). Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.10.006>
- Folkhelseinstituttet. (u.å.). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet 10. februar 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2020). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* (IS-2957). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202019.pdf/_/attac

hment/inline/fabccfef-b400-411a-a280-
d405e9084631:11a78c2756c32a577c6f3f311df08182ff33f1c8/SAMDATA%20spesialis
thelsetjenesten%202019.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

IASP (2001). *Faces Pain Scale* [figur]. Hentet 22. februar 2021 fra <https://www.iasp-pain.org/FPSR>. Gjengivelse tillatt.

IASP (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Hentet 27. januar 2021 fra
<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie?:
Sykepleie - fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H.
Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie. Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.,
s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.

Kåss, E. & Hem, E. (2020, 30. juli). *Elektiv*. Store medisinske leksikon. Hentet 18. januar 2021
fra <https://sml.snl.no/elektiv>

Nortvedt, F. (2017). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F.
Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 3:
Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-186). Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2013). *Jobb
kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra
<https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pereira, L., Figueiredo-Braga, M. & Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 733-738. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>
- Schlichting, E. (2020, 19. juli). *Dagkirurgi*. Store medisinske leksikon. Hentet 10. mars 2021 fra <https://sml.snl.no/dagkirurgi>
- Slørddal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325-335). Gyldendal Akademisk.
- Strand, K. & Nakstad, A. R. (2017). Pre-, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 576-590). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., Grønseth R. & Almås H. (Red.). (2017). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Teunkens, A., Vanhaecht, K., Vermeulen, K., Fieuws, S., Van de Velde, M., Rex, S., Bruyneel, L. (2017). Measuring satisfaction and anesthesia related outcomes in a surgical day care centre: A three-year single-centre observational study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 43, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2017.09.007>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.
- Ünsal, A., Karakurt, P. & Bahceli, A. (2019). Exploring Factors That Affected Pain Severity in Postoperative Period. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 501-510.
- Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 802-812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>

Wu, C. L. & Raja, S. N. (2011). Treatment of acute postoperative pain. *The Lancet*, 377(9784), 2215-2225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60245-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60245-6)