

## Postoperativ smertelindring

Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?

Kandidatnummer: 20

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASP20

Antall ord: 8835

25.05.2023

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?

**Metode:** En litterær metode. Relevant faglitteratur og forskningsartikler er benyttet for å besvare oppgavens problemstilling.

**Funn:** Funnene fra forskning viser at den postoperative smertelindringen påvirkes i stor grad av sykepleiers kunnskap og holdninger. Sykepleier knytter ikke kunnskapen godt nok til de praktiske handlingene, og stoler lettere på egne vurderinger der pasientens opplevelse av smerte blir sparsomt inkludert. Sammen med kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, har dette stor innvirkning på hvor god smertelindring pasienten får.

**Drøfting:** Drøftingen tar utgangspunkt i hovedtemaene: Sykepleiers kliniske kunnskap og praktiske handling, kartlegging av smerter, holdninger til smerter, samt kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og pasient.

**Konklusjon:** Tilstrekkelig smertelindring av postoperative smerter kan være kompleks og utfordrende, da smerter oppleves ulikt. Flere faktorer påvirker i hvilken grad postoperative pasienter opplever omsorgsfull hjelp med smertelindring. Tidspresset til sykepleier har stor innvirkning på hvilken grad postoperative smerter vurderes. Sykepleiere trenger å være mer bevisst på egne holdninger og kommunikasjon for å inkludere pasienten i smertelindringen.

## **Abstract**

**Research question:** How can nurses knowledge and attitudes affect the postoperative pain relief to patients on surgical ward?

**Method:** A literature thesis based on relevant professional literature and existing scientific articles.

**Findings:** According to findings from research, postoperative pain relief is influenced by nurses knowledge and attitudes. It's a gap between nurses knowledge and practical actions in the pain treatment. Nurses often easily relay more to their own pain assessments and patients pain experience is sparsely included. Which has a major impact on how well the patient receives treatment for pain relief, together with the communication between nurse and patient.

**Discussion:** The thesis discussion is based on the main themes: Nurses knowledge and practical actions, pain assessment and nurses attitudes towards postoperative pain. As well the communication and relationship between nurse and patient.

**Conclusion:** Adequate pain relief in postoperative pain is complex and challenging, as the pain is experienced differently. Several factors influence how good pain relief the patient gets from the nurses care. The time pressure of nurses has a major impact on how well postoperative pain is assessed. Nurses need to be more aware of how their own attitudes and communication affects the postoperative pain, in order to include the patients in their own pain management.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Avklaring av sentrale begreper .....	3
1.5	Disposisjon av oppgaven .....	3
2	Teori.....	4
2.1	Postoperative smerter .....	4
2.1.1	Nociseptiv smerte og nevropatisk smerte .....	5
2.1.2	Smertefysiologi.....	6
2.2	Sykepleiers rolle og funksjon.....	6
2.3	Kartlegging av smerter .....	7
2.3.1	Kartleggingsverktøy.....	9
2.4	Medikamentell smertelindring.....	10
2.5	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee .....	11
2.5.1	Kommunikasjon og holdninger .....	12
3	Metode.....	14
3.1	Litteraturstudie som metode .....	14
3.2	Inklusjons – og eksklusjonskriterier .....	14
3.3	Søkeprosessen.....	15
3.4	Kildekritikk.....	18
3.5	Etiske overveielser.....	19
4	Resultat.....	20
4.1	Presentasjon av forskningsartikler .....	20
5	Drøfting .....	26
5.1	Sykepleiers kliniske kunnskap og praktiske handling.....	26
5.2	Kartlegging av postoperative smerter.....	28
5.3	Sykepleiers holdninger til smertevurdering.....	30
5.4	Kommunikasjon og relasjon .....	31

6	Konklusjon .....	34
	Litteraturliste.....	36

# 1 Innledning

Ifølge statistikk fra Helsedirektoratet (2022) er det i overkant av 400 000 opphold på norske sykehus grunnet kirurgiske inngrep. Av disse er det omtrent 34 % som har to eller flere liggedøgn på sykehus (Helsedirektoratet, 2022). Det er rapportert at en betydelig andel av nyopererte pasienter fortsatt erfarer utilstrekkelig lindring av postoperative smerter (Danielsen et al., 2020, s. 397; Fredheim et al., 2011). Et av formålene i den postoperative smertelindringen er at pasienten skal være tilstrekkelig smertelindret under hele forløpet, for å unngå komplikasjoner etter gjennomgått kirurgisk inngrep (Berntzen et al., 2020, s. 361). Utilstrekkelig smertelindring av akutte smerter i den postoperative fasen kan ses i sammenheng for utvikling av alvorlige kroniske smerter. Derfor anses viktigheten av god kompetanse for å individualisere smertelindringen hos den enkelte pasient, hvor smertebehandlingen burde evalueres systematisk. God postoperativ smertelindring er en forutsetning for pasientens velvære, men har også stor betydning for tidlig mobilisering og forebygging av alvorlige komplikasjoner (Danielsen et al., 2020, s. 395; Fredheim et al., 2011).

Som sykepleier tilbringer vi oftest mest tid med pasienten i behandlingsforløpet, der vi har en unik mulighet til å skape et godt samarbeid med pasienten. Sykepleiers funksjon handler om å yte omsorgsfull hjelp i form av forebyggende, lindrende og behandlende for å ivareta de grunnleggende behovene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Den lindrende funksjonen faller under et bredt spekter, men omhandler også lindring av fysisk smerte. Vurdering og registrering av smerte er et viktig sykepleieansvar. Det er også sykepleier som administrerer forordnede medikamenter til pasienten og evaluerer effekten av gitt medikament (Danielsen et al., 2020, s. 397-398). For å kunne yte god smertelindring er det en forutsetning at sykepleier har god kunnskap om tematikken og har kompetanse rundt kartlegging av smerter.

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

Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling er i hovedsak fra egne erfaringer i praksis på kirurgisk sengepost, der jeg erfaringsmessig ser verdien av nok kunnskap og gode holdninger til smertelindring hos sykepleiere. Jeg har opplevd at det er store forskjeller på hvordan smertebehandlingen til den enkelte pasient forløper seg utifra fra hvem sykepleier som er på jobb, og til hvilken grad smertene vurderes. Dette medfører til store ulikheter i dagene til den enkelte pasient. Ofte har sykepleiere på kirurgiske sengeposter lov til å administrere visse typer smertelindrende medikamenter og doser til pasienten ved behov. Sykepleier trenger ikke å forhøre seg med ansvarlig lege først, dersom det står oppført i pasientens medisinkurve. Selv har jeg erfart at sykepleiere var usikre i flere tilfeller av hvilke smertestillende medikamenter de burde gi. Det kan tolkes at kunnskapen om vurdering av smerte og medikamenter ikke var god nok. På bakgrunn av dette mener jeg tematikken er svært sykepleiefaglig relevant, der jeg ønsker å utforske tema ytterligere gjennom aktuell forskning og faglitteratur.

## **1.2 Problemstilling**

Problemstillingen er formulert på bakgrunn av tema og lyder som følger «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?»

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Problemstillingen avgrensner seg til smertelindring av akutte postoperative smerter hos voksne pasienter på kirurgisk sengepost. Videre avgrenses det til den medikamentelle smertelindringen på sengeposten frem til pasienten utskrives. Jeg vil ikke ta hensyn til ulike kirurgiske inngrep i oppgaven. Sykepleiers kunnskap og holdninger til pasienter med kroniske smerter, kognitiv svikt eller rusavhengighet har jeg ikke inkludert i oppgaven.



## 1.4 Avklaring av sentrale begreper

**Postoperative smerter:** Akutte smerter som oppstår etter kirurgiske inngrep (Wøien et al., 2010, s. 272)

**Holdning:** Holdning er en betegnelse for et menneskes måte å tenke, føle og handle på. Vår egen kunnskap og erfaringer legger til grunn for våre holdninger til andre mennesker, objekter eller ideer. Videre kan våre egne holdninger føre til både positive og negative handlinger (Leenderts, 2014, s. 133).

## 1.5 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven er inndelt i 6 hovedkapitler for å gi struktur og oversiktighet. I det første kapitlet blir det presentert bakgrunn for valg av tema og relevans for et sykepleiefaglig perspektiv, samt problemstillingen for oppgaven. Videre blir oppgavens omfang avgrenset og sentrale begreper defineres. I teorikapitlet blir det presentert aktuell litteratur fra fagbøker, yrkesetiske retningslinjer og lovverk for å belyse valgt problemstilling og gi et fundament for drøfting av problemstillingen. I metodekapitlet presenteres valg av metode og fremgangsmåten for oppgaven, der søkeprosessen for å finne relevante forskningsartikler redegjøres. Videre blir det redegjort for kildekritikk og oppgavens hensyn til etiske overveielser. Fire forskningsartikler er valgt etter databasesøk for å belyse problemstillingen og blir presentert i resultatkapitlet. Videre trekkes de sentrale hovedfunnene fra valgte artikler frem etter bearbeidelse av funnene fra artiklene. I kapittel fem drøftes belyst teori og funnene fra forskningsartiklene opp mot oppgavens problemstilling. Avslutningsvis blir det oppsummert en konklusjon for hvordan problemstillingen er besvart i kapittel seks.

## 2 Teori

I dette kapittelet vil det presenteres aktuell teori for å belyse problemstillingen. Teori i form av relevant faglitteratur, loverk og retningslinjer for sykepleiere blir brukt for å danne et bedre grunnlag og forståelse av tematikken til drøftingskapittelet. I kapittelet vil jeg redegjøre for postoperative smerter, smertefysiologi og sykepleiers rolle. Videre vil smertekartlegging og den medikamentelle smertelindringen redegjøres. Til slutt har jeg valgt å belyse sykepleieteoretiker Joyce Travelbee sin filosofi om sykepleie som en mellommenneskelig prosess.

### 2.1 Postoperative smerter

International Association for the study of pain definerer smerte som “An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage” (IASP, 2020).

Smertefenomenet er en subjektiv følelse og en sammensatt opplevelse som kan påvirkes av flere faktorer. Faktorer som kultur og psykososiale behov kan påvirke smertene ved å forverre eller redusere smerteopplevelsen til pasienten, men smerten kan også variere i ulike situasjoner. Det er kun pasienten selv som føler sin smerte i form av intensitet og varighet, hvor det er ulikt fra individ til individ hvordan de opplever smertene (Danielsen et al., 2020, s. 283). Pasientens egen beskrivelse av smerte er derfor ansett som en av de viktigste indikatorene i smertelindringen, i tillegg til de non-verbale observasjonene fra sykepleier (Danielsen et al. 2020, s. 287). Det skiller mellom akutte og kroniske smerter, der de akutte oppstår som følge av vevsskade fra eksempelvis kirurgi eller traume. Akutte smerter kjennetegnes ved at de har en varighet på mindre enn tre måneder i motsetning til kroniske smerter. Der akutte smerter kan oppstå både langsomt eller brått med en ulik grad av intensitet (Baasturp et al. 2013, s. 16.: Danielsen et al., 2020, s. 394).

Postoperative smerter blir ansett som akutte smerter grunnet det ved all kirurgi oppstår et traume i vevet (Danielsen et al., 2020, s. 394). Etter å ha gjennomgått et kirurgisk inngrep er det forventet at det kan oppstå postoperative smerter. Hvilken grad av smerte som er

forventet, avhenger av type kirurgisk inngrep pasienten gjennomgår og eventuell årsak eller skade i forkant. God preoperativ informasjon til pasienten før inngrepet er en viktig faktor for den postoperative smertelindringen og burde tas hensyn til om mulighet. Dette medfører til at pasienten er bedre forberedt for det postoperative forløpet og kan lettere medvirke i egen smertelindringen (Lunn et al., 2013, s. 193). Utilstrekkelig lindring av akutte postoperative smerter kan medføre til en rekke komplikasjoner i forløpet. Har pasienten sterke smerter kan det ha en uheldig virkning på de ulike organsystemene, med risiko for blant annet pneumoni, hjerteinfarkt og nedsatt tarmperistaltikk. Smerter kan også hindre pasienten for tidlig mobilisering og rehabilitering postoperativt, der risikoen for dyp venetrombose øker. Utvikling av kroniske smerter kan også ses i sammenheng med dårlig lindring av sterke smerter postoperativt hos kirurgiske pasienter (Lunn et al. 2013, s. 178: Danielsen et al., 2020, s. 395).

### **2.1.1 Nociseptiv smerte og nevropatisk smerte**

Smerter kan deles inn etter nociseptive smerter eller nevropatiske smerter ut ifra hvordan de utløses. All kirurgi kan medføre til både nociseptive smerter grunnet vevsskade, samt nevropatiske smerter da kirurgi kan gi skade på nervene (Danielsen et al. 2020, s.286-287). Nociseptive smerter skyldes at det oppstår en stimuli etter vevstraume, og kan deles inn i somatiske eller viscerale smerter. Somatiske smerter kan fremstå som overfladiske smerter i huden eller dypere smerter fra eksempelvis muskler eller skjellet, og beskrives ofte som skarp eller verkende og er lettere å lokalisere. Viscerale smerter oppstår i de indre organene eller beinhinnene og kan være mer utfordrende å lokalisere da de opptrer mer langsomt (Stubhaug et al. 2010, s. 34: Danielsen et al., 2020, s. 286-387).

Nevropatiske smerter skyldes skade på nerver som f.eks. en overskjæring av nerve fra et kirurgisk inngrep. Denne type smerte kan opptre svært ulikt fra pasient til pasient og kan være utfordrende å forstå for helsepersonell. Noen kan oppleve de nevropatiske smertene som brennende eller stikkende. Ofte kan nevropatiske smerter som følge av kirurgi være langvarige og risiko for utvikling av kroniske smerter økes (Danielsen et al., 2020, s. 387-388).

### **2.1.2 Smertefysiologi**

En viktig faktor å påpeke i smertefysiologien er forskjellen mellom smerte og nociseptiv stimuli. Fenomenet smerte er en subjektiv følelse bestående av kognitive og sensoriske aspekter. Derimot er nociseptiv stimuli et fysiologisk fagbegrep, der den nociseptive stimuli aktiverer nerveceller (nociseptorer) som befinner seg i vevet og huden når det oppstår vevstraume. Det vil si at en person som er under anestesi i et kirurgisk inngrep ikke opplever smerten når de er bevisstløse, selv om det oppstår en nociseptiv stimuli til vevet.

Smerteopplevelsen kan derimot oppstå når pasienten våkner fra anestesian som følge av vevstraumet (Stubhaug et al., 2010, s. 26).

De sensoriske nervefibrene (nociseptorer) i huden og vevet er festet til smerteførende fibre som sender signaler til hjernen via ryggmargens bakhorn når det oppstår skade i vevet. Når signalene når hjernen vil det tolkes som opplevelse av smerte. Noen smerteførende fibre består av et tykt lag isolerende fett (myelin) som sender hurtige signaler om raske og kortvarige smerter. Andre smerteførende fibre har et ikke myeliniserende lag som oppfatter de mer langvarige smertene som er dypere (Danielsen et al. 2020, s. 384). Videre i hjernebarken blir opplevelsen av smerte analysert til lokalisasjon, type smerte og smertens intensitet. Der smertens intensitet ofte blir sammenlignet med tidligere erfaringer i hjernens hukommelsessenter. Noen kan da oppleve en stimuli mer smertefullt enn tidligere eller at smerten utvides og har lengre varighet (Danielsen et al., 2020, s. 385; Stubhaug et al., 2010, s. 30-31).

## **2.2 Sykepleiers rolle og funksjon**

I Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives det blant annet gjennom flere punkter sykepleiers funksjon og rolle. Sykepleiers funksjon handler om å fremme helse og forebygge sykdom bygget på et faglig, etisk og juridisk grunnlag.

Sykepleier har som rolle å ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg og lindre lidelse, men også ivareta pasientens rett til medvirkning (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I det postoperative forløpet har sykepleier en sentral funksjon og rolle i smertebehandlingen grunnet tett samarbeid med pasienten frem til utskrivelse. Det

innebærer blant annet vurdering av pasientens smerter, samt administrere og evaluere effekten av forordnede medikamenter. Dette medfører at det stilles store krav til sykepleiers teoretiske kunnskap, men også bevissthet på egne kommunikasjonsferdigheter og holdninger. Et godt teoretisk kunnskapsgrunnlag og gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier er en forutsetning for å sikre tilstrekkelig smertelindring (Danielsen et al., 2020, s. 382).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) ble opprettet for å sikre pasienters tilgang på god kvalitet av helsetjenester, samt fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten. I loven beskrives pasientens rett til informasjon og medvirkning for egen behandling i helsetjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Sykepleier har derfor som rolle å ta ansvar for å skape et samarbeid og tillitsforhold til pasienten så langt det er mulig (Danielsen et al., 2020, s. 388). For at sykepleier skal iverksette smertelindrende tiltak er det nødvendig med fagkunnskap om smertefysiologi og smertestillende medikamenter, samt observasjoner og bruken av smertekartleggingsverktøy (Danielsen et al., 2020, s. 382). Samtidig må sykepleier ha gode kommunikasjonsferdigheter og bevissthet på egne holdninger for å kunne innhente informasjon om pasientens opplevelse av smerte. Pasienten selv har best kjennskap til sin opplevelse av smerte og er et viktig verktøy for sykepleieren i smertekartleggingen (Danielsen et al., 2020, s. 388).

Ifølge helsepersonelloven (1999, § 4) plikter sykepleiere å holde seg jevnlig oppdatert på sitt fagområde for å utøve forsvarlige tjenester. Videre beskrives det i helsepersonelloven (1999, § 40) at sykepleiere plikter til å fortløpende dokumentere pleien som blir gitt, i form av observasjoner, tiltak og tjenester. Noe som også sikrer kommunikasjon mellom helsepersonell. Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er til stede for å sikre kvalitet og god kontinuitet i pasientbehandlingen.

## **2.3 Kartlegging av smerter**

Smertekartlegging er et grunnleggende sykepleietiltak i den postoperative smertelindringen. Smerte er en subjektiv opplevelse der sykepleiehandlingene først og fremst tar utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelse. For å sikre optimal smertelindring er det sentralt å innhente informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og varighet,

samt om smerten medfører til redusert funksjon (Danielsen et al, 2020, s. 388). Pasientens beskrivelse sammen med sykepleiers egen observasjoner av fysiologiske tegn og non-verbale smerteuttrykk, gjør det betydelig enklere for sykepleier å vurdere smertene (Danielsen et al., 2020, s. 389). Noen pasienter er ikke i stand til selvrapporing av postoperative smerter og vil ikke omtales videre grunnet problemstillingens avgrensning.

I det postoperative forløpet er pasienten selv en viktig indikator i smertekartleggingen. Ikke minst for å kunne beskrive egne smerter, men også gjøre sykepleier kjent med tidligere erfaringer av smerte. Av den grunn kan sykepleier få en bedre pekepinn på hva slags smerter pasienten har, samt hvor godt tidligere smertelindring har fungert. Beskrivelsene kan gi uttrykk for om det er snakk om nociseptive eller nevrologiske smerter. I tillegg burde sykepleier jevnlig innhente informasjon om de nåværende smertene for eventuelle endringer i lokalisasjon og intensitet for å systematisk evaluere og vurdere effekt av gitt smertelindring (Wøien et al., 2010, s. 274-275; Danielsen et al. 2020, s. 389). En viktig forutsetning er at sykepleier har gode holdninger ved å anerkjenne pasientens smerteopplevelse og skaper et gjensidig tillitsforhold til pasienten. Dette resulterer i at pasienten selv er en del av vurderingen og opplever trygghet, samt forsterker effekten av smertelindringen (Danielsen et al. 2020, s. 288).

Sammen med pasientens rapporterte smerter, er observasjonene til sykepleieren viktige. Smerter kan gi flere fysiologiske tegn, som stress, svette og forhøyet blodtrykk, puls og respirasjon. Derfor bør målinger av vitalia gjennomføres jevnlig. De indirekte observasjonene alene kan bli usikre da stress påvirker smerteopplevelsen, noe som gjør det utfordrende å kartlegge smertens alvorlighet. Pasienten kan også gi flere atferdsmessige uttrykk ved akutte smerter. Eksempelvis på non-verbale uttrykk sykepleier kan observere er tårer, grimaser og muskelspenninger (Danielsen et al., 2020, s. 389). Hos postoperative pasienter er det forventet at akutte smerter kan oppstå, derfor burde en smertevurdering gjøres minst tre ganger per døgn (Danielsen et al., 2020, s. 298).

Det kan være en betydelig fordel om pasienten har fått god informasjon om smertelindringen preoperativt. Pasienten vil da kunne være forberedt på den postoperative smertelindringen og bli kjent med bruken av kartleggingsverktøy i forkant (Wøien et al. 2010, s. 274). Det er i dag utviklet flere verktøy for hjelp rundt kartlegging av smerter. Bruk av

kartleggingsverktøy kan gjøre det lettere å måle pasientens smerteopplevelse, samt sykepleiers individuelle holdning nøytraliseres. I tillegg sikrer verktøyene et felles språk for helsepersonell og mer presis dokumentasjon (Danielsen et al. 2020, s. 390).

### **2.3.1 Kartleggingsverktøy**

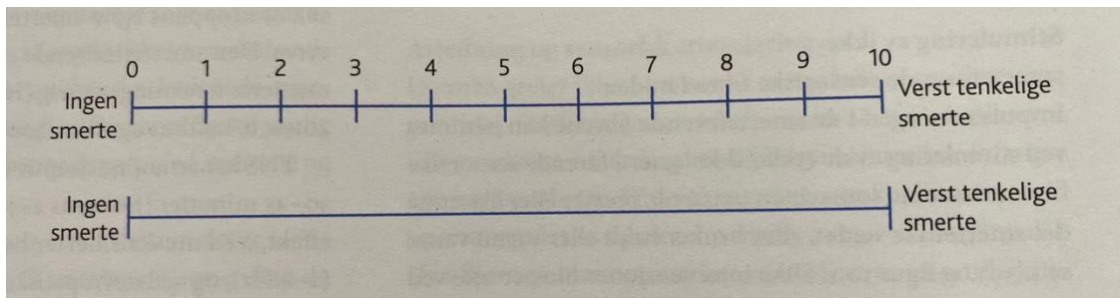
I det postoperative forløpet på kirurgiske sengeposter er det mest vanlig å benytte seg av kartleggingsverktøyene NRS og VAS til postoperative smerter (Lunn et al. 2013, s. 193). Først og fremst grunnet at verktøyene skal være enkle i bruk for pasienten og den kliniske hverdagen til sykepleier. NRS og VAS er endimensjonale verktøy, som betyr at de kun måler pasientens smerteintensitet. De flerdimensjonale verktøyene som f.eks. McGill Pain Questionnaire måler både smertens intensitet og påvirkning, men blir lite brukt ved akutte smerter da verktøyet består av mange spørsmål til pasienten (Lunn et al. 2013, s. 193; Danielsen et al. 2020, s. 390). Grunnet dette vil jeg kun fordype meg videre i NRS og VAS da disse kartleggingsverktøyene er mest hensiktsmessig for akutte postoperative smerter.

Både NRS og VAS går under kategorien visuelle skalaer. En visuell skala er en rett linje der den ene enden markerer ingen smerte og andre enden verst tenkelig smerte. Sykepleier kan da be pasienten om å markere hvor intens smerten oppleves ved bruk av en visuell skala (Danielsen et al. 2020, s. 391). Kartleggingsverktøyet burde være tilpasset pasienten, der samme verktøy benyttes over tid for å evaluere og vurdere effekt av smertelindrende tiltak. Eventuelle endringer i smertens intensitet og kvalitet vil da bli lettere å oppdage (Torvik et al., 2010, s. 58)

Numeric Rating Scale (NRS) er framstilt øverst i figur 1. NRS er en tallskala fra 0-10, der null indikerer ingen smerte og 10 representerer verst tenkelig smerte. Pasienten oppgir et tall mellom 0-10 hvor sterke smertene oppleves til sykepleier gjennom kommunikasjon. NRS krever evne til vesentlig tenkning fra sykepleier da tallverdien som blir oppgitt ikke lar seg uttrykke objektivt for hvor intense smerter pasienten opplever (Torvik et al., 2010, s. 56; Danielsen et al., 2020, s. 391). Nederst i figur 1 fremstilles Visual analogue scale (VAS). Skalaen representerer en linje på 10 cm bestående av to endepunkter, der endepunktene

indikerer null smerte og verst tenkelig smerte. Pasienten kan selv krysse av eller peke på hvor intense smerter de opplever. Når sykepleier skal dokumentere oppgitt score måles det i millimeter fra nullpunktet hvor en får et tall tilsvarende en numerisk skala (Torvik et al., 2010, s. 55; Danielsen et al., 2020, s. 391). VAS er ikke kultur- eller språkavhengig og er følsom på presise endringer i smerteintensitet (Torvik et al., 2010, s. 55).

Figur 1: NRS og VAS (Danielsen et al., 2020, s. 391)



## 2.4 Medikamentell smertelindring

I den medikamentelle smertelindringen er sykepleier ansvarlig for å administrere smertelindrende medikamenter som er forordnet av ansvarlig lege. Sykepleier gjør systematiske observasjoner og smertevurderinger som skal rapporteres videre til ansvarlig lege. Der legens ordinasjoner for medikamenter baserer seg på sykepleiers informasjon (Wøien et al., 2010, s. 277; Danielsen et al., 2020, s. 397). Enkelte sykehusavdelinger kan ha egne systemer for behandling av akutte smerter, der sykepleier kan foreta egne handlinger til hvilket/hvor mye medikament som administreres innenfor legens forordning. Noe som anses å være et nyttig hjelpemiddel for god smertelindring (Wøien et al., 2010, s. 277).

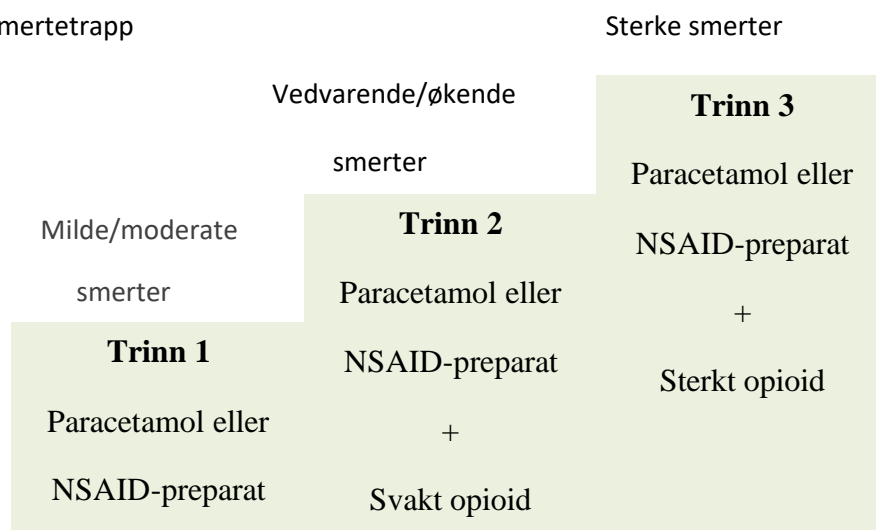
En individualisert smertebehandling er et viktig prinsipp i den postoperative fasen. Der valg av hvilket medikament, administrasjonsform, dosering og intervall evalueres og endres etter nøye vurdering av smertene (Danielsen et al., 2020, s. 395). Den medikamentelle behandlingen avhenger av hvilken type kirurgisk inngrep det dreier seg om og inngrepets størrelse (Berntzen et al., 2020, s. 361). Men det skal også tas hensyn til at pasienter kan ha ulik effekt og virkning på de forskjellige smertestillende medikamenter (Danielsen et al., 2020, s. 397). For å oppnå god smertelindrende effekt og få bivirkninger angripes de



postoperative smertene fra flere vinkler, også kalt multimodal smertelindring. Den multimodale smertelindringen er i dag en standard tilnærming, der ulike medikamenter og administrasjonsformer kombineres ut ifra de individuelle behovene (Berntzen et al., 2020, s. 361).

Berntzen et al. (2020, s. 396) og Slørdal et al. (2019, s. 327) viser til Verdens helseorganisasjons (WHOs) smertetrapp for behandling av postoperative smerter. Smertetrappen angir hvilke medikamenter som er å foretrekke basert på smertens intensitet, der trappen deles inn i tre trinn (Figur 2). Det er foretrukket å starte smertebehandlingen på trinn 1 med ikke-opioide analgetika. Har behandlingen utilfredsstillende effekt beveger en seg oppover i smertetrappen ved å kombinere ikke-opioide analgetika med opioider til ønsket effekt oppnås (Slørdal et al., 2019, s. 327).

Figur 2: Smertetrapp



## 2.5 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee legger vekt på et menneske-til-menneskeforhold i sin sykepleietenkning. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleier hjelper et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Videre forklarer hun at sykepleie er en stadig «prosess», hvor forholdet mellom sykepleier og et sykt individ påvirker hverandre og er stadig i forandring (Travelbee, 1999, s. 30). Travelbee tar for seg begrepet smerte i sin filosofi og beskriver smerte som en menneskelig erfaring, der smerten ikke kan kategoriseres som enten fysisk eller psykisk. Hun påpeker derfor at det ikke kun er

den fysiske smerten i en bestemt kroppsdel som lider, men at smerten påvirker hele pasienten både fysisk og følelsesmessig (Travelbee, 1999, s. 112-113).

Travelbee sin filosofi legger stor vekt på hvordan sykepleiers reaksjoner og holdninger påvirker pasientens smerteopplevelse. Det å ha smerter er vanskelig nok, men kan ytterligere forverres ved følelsen av å ikke bli trodd av sykepleier (Travelbee, 1999, s. 114-115). Ifølge Travelbee kan sykepleiers holdninger påvirkes av pasientens væremåte, der hun stiller seg svært kritisk til at sykepleiere utvikler en såkalt «mental målestokk». Videre mener hun at sykepleier kan tro pasienten «spiller skuespill», eller overdriver egne smerter. Travelbee mener at sykepleier ofte stoler bedre på egen vurdering av smerter etter type kirurgisk inngrep. Til slutt påpeker hun derfor at det er viktig at sykepleier godtar pasientens påstand om smerteopplevelse, og legger egne dårlige holdninger til side for å kunne hjelpe pasienten best mulig (Travelbee, 1999, s. 115).

### **2.5.1 Kommunikasjon og holdninger**

Ifølge Travelbee er kommunikasjon essensielt for dannelsen av et menneske-til-menneskeforhold i sykepleiesituasjoner. Der kommunikasjonen er en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 135). Eide & Eide (2019, s. 17) definerer kommunikasjon som en måte å utveksle informasjon mellom mennesker, ved hjelp av verbale og non-verbale tegn. Der sykepleiers kommunikasjonsferdigheter bør innebære en god kommunikasjon som er personorientert og har et faglig grunnlag. Personorientert kommunikasjon innebærer å kunne se hele pasienten som et unikt individ, og oppfatte både det direkte og indirekte som kommer til uttrykk fra pasienten (Eide & Eide, 2019, s. 17: Travelbee, 1999, s. 140). Videre beskriver Travelbee at det handler om å ikke kategorisere pasienten med en såkalt «merkelapp», men evnen til å sette pasienten i fokus og fremstå mottakelig for det en sanser. Hun skriver at «Det er innlysende at sykepleieren ikke kan lære den syke å kjenne hvis hun har som utgangspunkt at alle syke mennesker er like» (Travelbee, 1999, s. 140).

Kunsten for god kommunikasjon og samhandling innebærer å kunne sette de verbale og non-verbale uttrykkene i et samspill (Eide & Eide, 2019, s. 22). Den non-verbale kommunikasjon til pasienten og sykepleieren uttrykkes ved hjelp av kroppsspråket og er

åpen for fortolkninger (Eide & Eide, 2019, s. 136; Travelbee, 1999, s. 138). Kommunikasjonen som uttrykkes non-verbalt er et responderende språk, der sykepleier aktiv må lytte til pasientens non-verbale tegn, men selv være bevisst på egne uttrykk. De non-verbale uttrykkene som sykepleier signaliserer til pasienten i kommunikasjonen er avgjørende for om pasienten opplever trygghet og tillit til sykepleieren (Eide & Eide, 2019, s. 136). Videre viser Eide & Eide (2019, s. 17) til tidligere forskning der pasienter sjeldent uttrykker seg direkte til sykepleier om nære bekymringer, men gir indirekte hint gjennom verbale og non-verbale tegn. Ifølge Travelbee er kommunikasjonen et viktig hjelpemiddel for å kunne oppnå sykepleierens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 140). Tilstrekkelig smertelindring er et eksempel på sykepleiemål, der sykepleier kan benytte kartleggingsverktøy for å innhente presis informasjon om smertene. De skalerte spørsmålene i kartleggingsverktøyet har som fordel å legge et godt grunnlag for de dypere samtalene, hvor pasienten selv blir mer aktiv i egen smertevurdering (Eide & Eide, 2019, s. 209-210).

## 3 Metode

I dette kapittelet vil det bli presentert metoden jeg har brukt i oppgaven. Metoden er et redskap for å innhente aktuell data til noe som skal undersøkes (Dallan, 2020, s. 54) og indikerer hvilken fremgangsmåte som er brukt for å innhente informasjonen og kunnskapen for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). Videre redegjør jeg for databasesøkene jeg har gjennomført for å finne forskningsartikler som belyser problemstillingen. Til slutt vil jeg gjøre rede for kildekritikk og oppgavens hensyn til etiske overveielser.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har benyttet litteraturstudie som metode i denne oppgaven etter VID retningslinjer for bacheloroppgaver for å belyse problemstillingen. I en litterær oppgave innhentes det informasjon fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning for å belyse en problemstilling (Dallan, 2020, s. 199). Hensikten med en litterær oppgave er å gi leseren en oppdatert og grundig forståelse av kunnskapen rundt tematikken som kreves for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2020, s. 78).

For å belyse problemstillingen er det benyttet både kvantitative og kvalitative forskningsartikler etter databasesøk. Der den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter med hensikt i å undersøke noe i bredden, i motsetning til den kvalitative metoden som gir innsikt i opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste. Der hensikten er å søke i dybden (Dallan, 2020, s.54-55).

### 3.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

I oppgaven har jeg brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søkene. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene sikrer et mer hensiktsmessig søk for å finne relevant forskning som skal belyse oppgavens problemstilling (Thidemann, 2020, s. 83). Kriteriene for oppgaven er fremstilt følgende i tabell 1.

Tabell 1:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne over 18 år	Barn eller nyfødte
Fagfellevurderte artikler	Pasienter med kjent rusavhengighet
Tydelig IMRAD struktur	Pasienter som ikke er innlagt på sykehus
Artikler fra 2013-2023	
Engelsk eller skandinavisk språk	
Studier fra vestlige land	

### 3.3 Søkeprosessen

I oppgavens innledende prosess for valg av tema gjorde jeg søk i Sykepleien Forskning og Google Scholar, for å utforske hva som eksisterte av forskning innen tema jeg ønsket å skrive om. Søket resulterte i at det eksisterer mye forskning rundt sykepleiers kunnskap og holdninger til postoperative smerter, samt flere artikler som fanget interessen for tematikken ytterligere. Videre i skriveprosessen gjorde jeg et systematisk søk i databaser som jeg vil redegjøre videre i kapittelet.

Etter et digitalt søkekurs med VID sitt bibliotek har jeg valgt å benytte meg av databasene Cinahl, Pubmed og Sykepleien Forskning for å systematisk søke etter relevante forskningsartikler. Alle tre databasene er anerkjente innenfor sykepleie og sentrale for oppgavens problemstilling. Videre i forberedelsesprosessen benyttet jeg meg av PICO-skjema for å presisere problemstillingen og finne frem til relevante søkeord (Tabell 2). PICO er et hjelpeverktøy for å strukturere problemstillingen ved å dele den opp i søkbare ord. Der det blir definert hvem det handler om, eventuelle tiltak som skal iverksettes og hvilke utfall jeg er interessert i (Thidemann, 2020, s. 82-83).

Tabell 2: PICO-skjema

<b>Population/problem:</b>	<b>Intervention:</b>	<b>Comparison:</b>	<b>Outcom:</b>
Postoperative pasienter på kirurgisk sengepost	Sykepleiers kunnskap og holdninger	-	Tilfredsstillende smertelindring

Ved hjelp av PICO-skjema (Tabell 2) har jeg benyttet følgende søkeord: Postoperative pain, nurse knowledge, nurse attitudes, pain measurement, pain assement og postoperative patients. Fordi det meste av internasjonal forskning publiseres på engelsk valgte jeg å bruke engelske søkeord i databasene Cinahl og Pubmed. De fleste inklusjons-kriteriene var det mulig å registrere i alle tre databasene, resten kontrollerte jeg selv for hver forskningsartikkel.

Tabell 3: Databasesøk

<b>Database</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
Sykepleien Forskning	Postoperative smerter	16	1.Granheim et al. (2015)
Cinahl	S1 (MH "Postoperative pain") OR "Postoperative pain)	12 216	2. Van Dijk et al. (2016)
	S2 (MH "Pain measurement") OR "pain measurement"	21 766	
	S3 "Postoperative patients"	1 216	
	S1 AND S2 AND S3	36	

PubMed	(Postoperative pain) AND (Pain assessment) AND (Nurse knowledge)	29	3.Bach et al. (2018) 4.Eriksson et al. (2015)
--------	--	----	--

Første databasesøket utførte jeg i Sykepleien Forskning, der benyttet jeg det norske søkeordet postoperative smerter. Søket resulterte i 16 treff som er fremstilt i tabell 3, avgrenset med kriteriene publikasjonsdato og fagfelleverdert. Videre leste jeg artiklenes overskrift og abstrakter, hvor jeg manuelt vurderte resten av mine inklusjons-og-eksklusjonskriterier. Det resulterte i to artikler der jeg leste fulltekst og som var relevant for oppgavens problemstilling. Av de to artiklene valgte jeg å inkludere artikkelen til Granheim et al. (2015) Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

I databasen Cinahl benyttet jeg søkeordene som fremstilt i tabell 3. I dette søket var jeg ute etter å finne forskning på pasienters perspektiv på smertekartlegging og smertelindring, for å belyse problemstillingen «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?». Jeg startet å søke hvert ord separat, og undersøkte om databasen hadde emneord som kunne benyttes i tillegg til mitt tekstord. Emneord beskriver artiklenes innhold og fungerer som standardiserte ord i databasen, i motsetning til tekstord som gir et fritekstsøk i flere felter av artiklene. Det er en fordel å benytte databasens egne emneord om mulighet for et mer treffsikkert søk (Thidemann, 2020, s. 86). I søket har jeg benyttet meg av både emneord og tekstord, der emneordene i Cinahl beskrives med «MH» (Tabell 3). Jeg erfarte at hvert enkelt søkeord ga mange treff, og det ble nødvendig å kombinere søkeord med «AND» og «OR» for et mer presist resultat. De fleste inklusjonskriteriene registrerte jeg i Cinahl. Ved å kombinere søkeordene resulterte det i 36 artikler, der jeg leste alle abstrakter og manuelt gikk over resten av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Til slutt endte jeg opp med å lese fulltekst på to artikler, der jeg valgte å inkludere artikkelen til Van Dijk et al. (2016) Postoperative patients' perspective on rating pain: A qualitative study.

I databasen Pubmed gjennomførte jeg et søk fremstilt i tabell 5. De fleste inklusjons- og eksklusjonskriteriene var det mulig å registrere i databasen. Jeg forsøkte først å benytte søkeordene som emneord i databasen da det er foretrukket, men det resulterte i få treff. Deretter brukte jeg søkeordene fremstilt i Tabell 5 som tekstord kombinert med «AND». Dette resulterte i 29 treff der jeg leste alle artiklenes overskrifter og abstrakter. Til slutt sto jeg igjen med tre artikler som oppfylte mine inklusjons-og-eksklusjonskriterier, der jeg leste fulltekstene. Følgende valgte jeg å inkludere artikkelen til Bach et al. (2018) Postoperative pain management: A bedside perspective, og artikkelen til Eriksson et al. (2015) Patients' experiences and actions when describing pain after surgery - a critical incident technique analysis.

### **3.4 Kildekritikk**

Kildekritikk handler om å kunne evaluere og stille seg kritisk til benyttet litteratur for å besvare en problemstilling. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal kunne se hvilke vurderinger og refleksjoner en har foretatt, og om litteraturen som er benyttet har relevans for problemstillingen (Dallan, 2020, s. 152). Videre i dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilke refleksjoner og vurderinger jeg har foretatt rundt kildene som jeg har benyttet i oppgaven.

Alle forskningsartiklene jeg har valgt å benytte etter databasesøk er vitenskapelige og fagfelleverdert. For at en artikkel blir fagfelleverdert har to eksperter innenfor fagområdet vurdert og godkjent artikkelen til kvalitetssikker (Thidemann, 2020, s. 67).

Forskningsartiklene jeg har valgt ut er fra landene Norge, Sverige, Danmark og Nederland. Dette er land som på best måte kan sammenlignes med praksisen i det norske helsevesenet, allikevel kan det være noe forskjeller i oppbyggingen enn i Norge. På bakgrunn av dette kan resultatene av funnene i noen av artiklene ikke ha like stor relevans for norsk helsevesen. Men samtidig er forskningen utført i vestlige land der jeg anser at funnene kan være relevante å iverksette i norske sykehus. De fleste valgte artiklene er skrevet på engelsk, noe som innebærer en viss risiko for feiltolkning av innholdet ved oversettelse til norsk. Jeg har valgt å benytte en kvantitativ og tre kvalitative forskningsartikler, for å oppnå både bredde- og dybdeforståelse. Da sykepleiers kunnskap og holdninger til postoperative smerter er



vanskelig å tallfeste, har jeg benyttet flest kvalitative forskninger. For å besvare oppgavens problemstilling har jeg funnet forskningsartikler fra både et sykepleier- og pasientperspektiv.

Det skal påpekes at artikkelen til Bach et al. (2018) inneholder kvinner som har gjennomgått kirurgi for endometriose, og tidligere vært påvirket av kroniske smerter. Artikkelen valgte jeg å inkludere dog fokuset retter seg mot sykepleiers holdninger og kunnskap til de akutte postoperative smertene og ikke de kroniske smertene. Metoden for observasjoner og oppfølgende intervjuer i studien er gjennomført tidlig i den postoperative fasen. I studien var det ikke mulig å lese hvor mange som hadde deltatt av pasienter og sykepleiere, noe som kan gi studiens funn en svakhet.

Med unntak av fagbøkene Ulike tekster om smerte (Rustøen et al. 2010) og Mellommenneskelige forhold i sykepleie (Joyce Travelbee, 1999), har jeg benyttet nyere faglitteratur som ikke er eldre enn ti år for oppdatert kunnskap på fagfeltet. Ulike tekster om smerte (Rustøen et al, 2010) valgte jeg å bruke ettersom det meste som står beskrevet i boken var relevant når jeg sammenlignet med nyere faglitteratur. Jeg har valgt å bruke sykepleieteoriene til Joyce Travelbee i oppgaven, der jeg først leste om hennes filosofi i boken Grunnleggende sykepleie bind 3 (2016). For å få en dypere forståelse av hennes teorier og filosofi valgte jeg å benytte hennes egen bok Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1999).

### **3.5 Ethiske overveielser**

Denne litterære oppgaven bygger på allerede eksisterende teori, tenkning og forskning. Der hensyn til etiske overveielser har blitt etterstrebet under arbeidet med oppgaven. Jeg har etterfulgt VID sine retningslinjer for oppgaveskriving og Kildekompasset/APA 7th.

kildehenvisning for å referere til kildene korrekt, samt en litteraturliste som inkluderer alle benyttede kilder. Alle inkluderte forskningsartikler er fagfelleurdert som sikrer forskningens kvalitet, der forfatterne har ivaretatt etiske vurderinger. I beskrivelsene av mine egne erfaringer fra praksis er historiene anonymisert for å skjerme involverte parter og sted.

## 4 Resultat

I dette kapittelet vil de utvalgte forskningsartiklene fra databasesøk presenteres. Først redegjør jeg for funnene til hver enkel artikkel. Til slutt presenterer jeg en oversikt over sentrale hovedtemaer etter å ha bearbeidet funnene fra artiklene.

### 4.1 Presentasjon av forskningsartikler

<b>Artikkel 1</b>	
Artikkelforfatter	Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A.
Årstall	2015
Tittel	Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne
Hensikt	Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvilke holdninger og kunnskaper sykepleiere og sykepleiestudenter hadde til smerter og smertelindring.
Metode	Kvantitativ metode, med bruk av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet NKAS-N, som inkluderer 39 spørsmål og pasienthistorier rundt smertehåndtering og smertelindring.
Antall deltakere	200 sykepleiere og sykepleiestudenter ble invitert deltakelse i studien. Totalt ble 165 inkludert i studien.
Land	Norge.
Resultat	Funnene fra studien resulterte i at flere sykepleiere og studenter hadde et greit kunnskapsgrunnlag om smertebehandling, men hadde problemer med å knytte teorien til egne handlinger i praksis. Det eksisterte et gap mellom hva deltagerne i studien oppga i de teoretiske spørsmålene og hva som ble oppgitt ved spørsmål i studiens to pasienthistorier. Flere sykepleiere tok lite hensyn til pasientens egen vurdering av smerter og oppga en lavere NRS score enn pasienten i historien. Videre viste funnene at det eksisterte redsel

	for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet blant sykepleiere og studenter når de skulle gi smertelindrende medikamenter. Flere var tilbakeholdne eller avventende på å gi pasienten en effektiv dose opiat ved sterke smerter.
Relevans	Studien er relevant da det gir innsikt om viktigheten for at sykepleier knytter det teoretiske grunnlaget til praktiske handlinger i den postoperative smertebehandlingen. Der sykepleiers kunnskaper, holdninger og praktiske handlinger på flere måter kan påvirke hvor godt pasienten blir smertelindret.

<b>Artikkel 2</b>	
Artikkelforfatter	Van Dijk, J.F.M., Vervoort, S.C.J.M., Van Wijck, A.J.M., Kalkman, C.J. & Schuurmans, M.J.
Årstall	2016
Tittel	Postoperative patients' perspective on rating pain: A qualitative study
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvordan postoperative pasienter vurderte smerten sin ved bruk av kartleggingsverktøyet NRS, og hvilke faktorer som påvirket scoren av smerte de opplevde.
Metode	Kvalitativ metode for å systematisk samle inn og analysere data. Der det ble benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer første postoperative dag for å oppnå dybde i datasamlingen.
Antall deltakere	27 pasienter som ble intervjuet første postoperative døgn.
Land	Nederland
Resultat	Studien resulterte i at flere av de postoperative pasientene som er inkludert i studien hadde vansker med å sette et nummer på smerteopplevelsen. Noe som medførte i både under- og overlindring av smertene. Flere elementer som f.eks. tidligere smerteerfaringer, mistillit til helsepersonell og variasjoner i den medikamentelle lindringen påvirket pasientens smertebehandling. Resultatene viste videre at flere av pasientene forventet at helsepersonell ville dømme

	de ut ifra deres NRS score, og vurderte hvilken score som ville være mest sosialt akseptabel for å imøtekomme helsepersonell sine forventinger. Funnene fra studien viser behov for at sykepleier gjennom dypere kommunikasjon utforsker pasientens smerter utover NRS-scoren, og jobber med å skape en gjensidig tillit til pasientene.
Relevans	Studien er relevant grunnet den viser hvilke erfaringer og kunnskaper postoperative pasienter har til bruk av NRS i smertelindringen. Smerte er en subjektiv erfaring der pasientens deltagelse er viktig i smertebehandlingen. Studien viser også at holdninger, tillit og kommunikasjon mellom pasienten og sykepleier er helt sentralt for god smertelindring.

<b>Artikkel 3</b>	
Artikkelforfatter	Bach, A.M., Forman, A. & Seilbaek, L.
Årstall	2018
Tittel	Postoperative pain management: A bedside perspective.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere håndterte smertebehandling på sengepost til kvinner som hadde gjennomgått kirurgi for endometriose.
Metode	Kvalitativ metode. Der studien baserer seg på en etnografisk feltstudie med oppfølgende intervjuer. En sivil kledd forsker observerte deltakerne i studien over 18 måneder, fokuset rettet seg mot hvordan sykepleiere og pasienter samhandlet, kommuniserte og vurderte smerte, samt hvilke beslutninger i smertebehandlingen som ble iverksatt. I etterkant ble en utvalgt gruppe sykepleiere intervjuet ved hjelp av en semistrukturert guide.
Antall deltakere	Kvinnelige pasienter og sykepleiere
Land	Danmark
Resultat	Studien resulterte i at sykepleiere oftest kun tok kontakt med pasientene ved daglig stell, der det ikke ble lagt rom for

	<p>smertelindringen. Pasientene selv var nølende til å rapportere behov for smertelindring til sykepleierne. Videre resulterte studien at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ofte var kort og indirekte, hvor det ga få detaljer om pasientens smerteopplevelse og intensitet. Sykepleierne i studien rapporterte også at de stolte mer på sin egen kliniske observasjon, hvis det var store ulikheter mellom pasientens oppgitte smertescore og sykepleiers kliniske vurdering.</p>
Relevans	<p>Studien er relevant dog den forteller om sykepleier-pasientforholdet i lindringen av akutte postoperative smerter. Hvordan sykepleier benytter kommunikasjon og handler utifra egen kunnskap var noe som påvirker den postoperative smertekartleggingen til pasientene. Videre gir studien et innblikk i hvilke holdninger sykepleiere har til akutte postoperative smerter.</p>

<b>Artikkel 4</b>	
Artikkelforfatter	Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt K. & Broström, A.
Årstall	2015
Tittel	Patients' experiences and actions when describing pain after surgery - a critical incident technique analysis.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke og beskrive hvordan pasienters erfaringer og handlinger påvirket deres beskrivelse av smerteopplevelse.
Metode	<p>Kvalitativ metode med bruk av semi-strukturertintervju basert på en intervjuguide utviklet av artikkelens forskere, som har lang erfaring innenfor postoperative smerte og bruk av The critical incident technique.</p> <p>The critical incident technique er en måte å utforske mye data om bestemte situasjoner. En utvalgt gruppe pasienter som hadde gjennomgått kirurgi ble stilt distinkte spørsmål om selvopplevd hendelse rundt smertevurdering de første postoperative dagene. Spørsmålene gikk ut på beskrivelse av hendelse og hvilke handlinger</p>

Antall deltakere	både pasient og helsepersonell gjorde i smertevurderingen. Både positive og negative sider ble inkludert.
Land	22 pasienter fra både universitetssykehus og fylkessykehus. Sverige
Resultat	Funnene viser at pasientenes ressurser for beskrivelse av smerter til sykepleier ble påvirket av egne forventinger til smerte og frykt for å komme i konflikt med sykepleier. Pasientene var usikre på hvor sterke smerter som var forventet og når de skulle ta kontakt med sykepleier. Videre begrenset sykepleiers holdninger og mangelfull kontinuitet i prosedyrer muligheten til beskrivelse av egne smerter. Et annet funn var mangelfull verbal informasjon om smertebehandling, der pasienter hadde lite kunnskap om smertebehandlingen i det postoperative forløpet. Til slutt var mangelen på tid og underbemanning noe som påvirket smertebehandlingen. Oppsummert resulterte studien et ytterlige behov for bedre kunnskap og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i smertebehandlingen.
Relevans	Studien er relevant da den angir faktorer som påvirker smertelindringen til postoperative smerter. Faktorer som kommunikasjon, kunnskap, sykepleiers holdninger, informasjon og mangelfull tid. Smerter er en subjektiv opplevelse der pasienten er en viktig kilde i smertevurderingen. Ved å forske på pasienters egne erfaringer i smertebehandlingen, får en informasjon om faktorer som påvirker smertebehandlingen.

Etter at jeg hadde bearbeidet funnene fra forskningsartiklene resulterte det i fire hovedtemaer som er relevante for problemstillingen «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk

sengepost?». De følgende hovedtemaene som jeg vil benytte videre i drøftingskapittelet er nevnt under:

- Sykepleiers kliniske kunnskap og praktiske handling
- Kartlegging av postoperative smerter
- Sykepleiers holdninger til smertevurdering
- Kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og pasient.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen «Hvordan kan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirke den postoperative smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?» på bakgrunn fra utvalgt teori og forskningsartiklens funn. Jeg har delt kapittelet inn i fire underkapitler etter å ha bearbeidet funnene fra utvalgte forskningsartikler. Der jeg vil drøfte sykepleiers kliniske kunnskap og praktiske handling, kartlegging av postoperative smerter, sykepleiers holdninger, samt kommunikasjon og relasjon.

### 5.1 Sykepleiers kliniske kunnskap og praktiske handling

Studien til Granheim et al. (2015) viser at det eksisterer et stort gap mellom sykepleiers kliniske kunnskap og handlinger i praksis. Ifølge Danielsen et al. (2020, s. 382) har sykepleier en sentral rolle i den postoperative smertebehandlingen, der det stilles store krav til sykepleiers teoretiske kunnskap om postoperative smerter. Noe som medfører at sykepleier må kunne sette den kliniske kunnskapen i tråd med de praktiske handlingene. Videre i Granheim et al. (2015) sin studie viser det seg at sykepleiere sitter inne med et godt kunnskapsgrunnlag på enkelte områder, men benytter den ikke i egne handlinger relatert til smertebehandlingen. Gjennom to pasienthistorier i studien oppga flere sykepleiere å gi en ineffektiv dose opiat selv om pasienten opplevde sterke smerter, noe som trolig tyder på frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet blant sykepleierne. Vi vet gjennom faglitteratur at utilstrekkelig lindring av postoperative smerter kan gi alvorlige konsekvenser for pasienten (Lunn et al., 2013, s. 178; Danielsen et al., 2020, s. 395), der forskningen til Granheim et al. (2015) viser til behov for økt opplæring for sykepleiere i opiaters effekt og bivirkninger, samt WHO's smertetrapp. Selv kjenner jeg igjen mine egne erfaringer fra praksis på kirurgisk sengepost sammenlignet med artikkelen til Granheim et al. (2015). Der jeg selv observerte at sykepleiere på sengeposten fremsto svært usikre på hvor sterk dose opiat de skulle gi pasienten, noe som resulterte i at det ble gitt lavere doser som ofte hadde lite effekt hos pasienter med sterke smerter.



Både studien til Granheim et al. (2015) og Bach et al. (2018) viser at dersom sykepleiers og pasientens smertevurdering ikke samsvarer, stoler sykepleier mer på egen klinisk vurdering og observasjon. I faglitteraturen beskriver Danielsen et al. (2020, s. 283) smerteopplevelsen som en subjektiv følelse som påvirkes av ulike fysiske og psykiske faktorer, der pasienten selv er en viktig indikator i smertebehandlingen. Forskningen viser imidlertid at sykepleier ofte tar lite hensyn til pasientens subjektive opplevelse når de postoperative smertene vurderes. Sykepleierne i studiene til både Granheim et al. (2015) og Bach et al. (2018) stolte lettere på sine egne kliniske vurderinger og observasjoner dersom pasienten oppga en høyere smertescore enn de selv vurderte. Dermed ble pasientene sparsomt involvert i egen smertebehandling. I studien til Granheim et al. (2015) viste derimot sykepleiere i likhet med faglitteraturen at smerte er en subjektiv opplevelse, der pasienten er en viktig kilde i smertevurderingen. Problemet er at sykepleiere ikke benytter denne kunnskapen i egne handlinger. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999, s. 115) legger i sin teori vekt på at sykepleiere ofte stoler bedre på egen vurdering av smerte, noe som sammensvarer med funnene til både Granheim et al. (2015) og Bach et al. (2018). Videre beskriver de yrkesetiske retningslinjene til NSF at sykepleier skal kunne yte helhetlig omsorg og lindre lidelse bygget på et faglig, etisk og juridisk grunnlag (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Noe som i grunn betyr at sykepleier trenger nok kunnskap, men også faktisk benytte den i praksis for at pasienten får forsvarlig hjelp og medvirkning i egen behandling. Ut i fra funnene til Granheim et al. (2015) og Bach et al. (2018) strider dette noe imot NSF sine yrkesetiske retningslinjer, der studiene viser behov for at sykepleier er mer bevisst på å knytte kunnskapen til egne handlinger i smertevurderingen. Men også klarer å sette pasienten i sentrum og lytte for å kunne gi den omsorgen som trengs i smertebehandlingen.

Videre viser studien til Bach et al. (2018) et mangelfullt system for postoperativ smertebehandlingen i den daglige pleien. Som nevnt i faglitteraturen har sykepleier en sentral rolle i smertebehandlingen, der smertevurdering er ansett som et grunnleggende sykepleietiltak (Danielsen et al, 2020, s. 388). Studien til Bach et al. (2018) viste at sykepleiere ofte prioriterte andre oppgaver som f.eks. mobilisering ovenfor smertevurderinger. Tidlig postoperativ mobilisering er et viktig tiltak for å unngå komplikasjoner, men tatt i betraktning er den postoperative smertelindringen en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne mobiliseres best mulig (Lunn et al. 2013, s. 178:

Danielsen et al., 2020, s. 395). Et av problemene var at sykepleiere ofte overså eller ignorerte de fysiske tegnene til smerter og var sparsomme på individuell omsorg i smertebehandlingen. Videre viste studien at det ble lagt lite rom for systematisk inkludering av pasientens egne smertevurderinger. Noe som kan tyde på at sykepleiere jobbet lite personorientert, men hadde mer fokus på de konkrete oppgavene (Bach et al. 2018).

I likhet med studien til Bach et al. (2018) viser studien til Eriksson et al. (2015) en mangelfull sammenheng i prosedyrer og dokumentasjon for smertevurdering. Videre i studien til Eriksson et al. (2015) utspilte smertebehandlingen seg svært ulikt fra hvilken sykepleier som jobbet. Der også flere pasienter betraktelig oppga såkalte «hull» i overlevering av informasjon om deres smerter i vaktskifte til sykepleiere. Når vi gjennom lovverket vet at sykepleiere plikter til å yte individualisert og forsvarlig helsehjelp der det skal tas hensyn til pasientmedvirkning, samt faglig kunne dokumentere gitt helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4: pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Kan både studien til Bach et al. (2018) og Eriksson et al. (2015) vise til behov for å jobbe mer systematisk, der sykepleiere bør bli mer bevisst på egne handlinger og hvordan de påvirker pasientens smertebehandling. Men også hvordan sykepleiere kan utnytte sine egne, og arbeidsplassens ressurser for yte best mulig smertebehandling til pasienten. Da en viktig faktor fra både studien til Bach et al. (2018) og Eriksson et al. (2015) var at underbemanning og tidspress blant sykepleiere lett påvirket pasientens smertebehandling. Tidspresset til sykepleiere ga ofte pasienter liten tid til beskrivelser av egne smerteopplevelser og ventetiden på smertelindring kunne bli lang, noe som skapte utfordringer for sykepleiere til å jobbe systematisk med smertebehandlingen. Derfor tenker jeg at sykepleiere bør tilstrebe å kunne strukturere og planlegge arbeidsdagen godt, samt bruke de ressursene en kan til hjelp.

## **5.2 Kartlegging av postoperative smerter**

Forskningen viser at flere postoperative pasienter ofte har vansker med å rangere egne smerter ved hjelp av NRS-score (Van Djik et al., 2016; Eriksson et al., 2015). Ifølge faglitteratur blir både kartleggingsverktøyet NRS og VAS ansett som «gullstandard» i kartlegging av postoperative smerte. Det grunnet verktøyene skal være enkle i bruk for både sykepleier og pasient. Men et viktig poeng med NRS og VAS er at de er endimensjonale

verktøy som kun måler smertens intensitet og vil ikke beskrive smerteopplevelsen i detaljer (Lunn et al. 2013, s. 193; Danielsen et al. 2020, s. 390). I studien til Van Djik et al. (2016) oppga flere pasienter vanskeligheten med å rangere smerte fra 0-10 med NRS grunnet smerten opplevdes så ulikt. En pasient i studien beskrev det følgende: "I think about worst pain as something I've never felt before and zero is no pain. I always find it a very difficult question to assign a number" (female, age 51).

Videre kan studiene til både Van Djik et al. (2016) og Eriksson et al. (2015) tyde på at sykepleiere ikke informerer pasientene godt nok om hvordan de ulike kartleggingsverktøyene fungerer og hvorfor det er viktig å lindre postoperative smerter. Noe som kan være med på å påvirke hvilken NRS score pasienten oppgir. Da faglitteraturen viser at god informasjon til pasienten er essensielt for en felles forståelse av smertekartleggingen mellom sykepleier og pasient (Wøien et al. 2010, s. 274). I forskningen viser det seg at sykepleier og pasienter ofte har ulike tolkninger på den oppgitte smertescoren fra pasienten. For eksempel anså sykepleiere NRS under 4 som utholdelig smerte, men pasientene anså NRS under 6 som utholdelig smerte der de ikke følte behov for ekstra smertestillende (Van Djik et al., 2016). Dette er noe som kan medføre til at sykepleier fort kan over- eller undermedisinerer pasientens postoperative smerter. Da sykepleiers vurderinger og observasjoner i smertekartleggingen legger et viktig grunnlag for valg av smertestillende medikamenter til pasienten (Wøien et al., 2010, s. 277; Danielsen et al., 2020, s. 397). Studien til Eriksson et al. (2015) viser derimot at flere pasienter var trygge på at sykepleiere hadde nok kunnskap om å vurdere de postoperative smertene. Men det kan tolkes som at pasientene hadde lite kjennskap til å vite hvor mye smerter de skulle tåle. Siden smerte er subjektivt, må sykepleiere innhente dypere informasjon om pasientens smerte i tillegg til å bruke NRS eller VAS (Eide & Eide. 2019, s. 209-210).

Bach et al. (2018) viser at sykepleiere ofte bruker egen erfaringsbasert kunnskap i kartleggingen av postoperative smerter. Sykepleieres «kliniske blikk» og indirekte observasjoner er viktig i smertekartlegging, men som nevnt tidligere er pasientens perspektiv på egen smerte like viktig (Danielsen et al., 2020, s. 389). I studien til Bach et al. (2018) vurderte sykepleiere pasientens smerter ved å observere aktivitetsnivå og de non-verbale uttrykkene. Det ble lite benyttet VAS eller NRS i smertekartleggingen, som medførte til at pasientene ble sparsomt inkludert. Granheim et al. (2015) fant et lignende funn, men

det ble imidlertid benyttet kartleggingsverktøyet NRS mellom sykepleier og pasient. Dersom pasienten oppga en høy score på NRS, men fremsto lite smertepåvirket i atferden vurderte sykepleieren frem til en lavere NRS Score (Granheim et al., 2015). Når sykepleier skal kartlegge postoperative smerter krever det systematiske observasjoner av fysiologiske- og non-verbale tegn, innhenting av informasjon fra pasienten, samt målinger av vitalia (Danielsen et al, 2020, s. 389). Ifølge Eide & Eide (2019, s. 209-210) kan verktøyene NRS og VAS hjelpe sykepleieren med å innhente presis informasjon om smerteintensiteten, men det forutsetter at sykepleier undersøker smertene ytterligere via dypere kommunikasjon.

### **5.3 Sykepleiers holdninger til smertevurdering**

Forskningen viser derimot såkalte «hull» i den postoperative smertekartleggingen (Bach et al., 2018). Både faglitteratur og forskning viser at smerte kan påvirkes av ulike faktorer og pasienter vil derfor reagere ulikt på smerter (Danielsen et al., s. 283: Van Djik et al., 2016). I følge Travelbee (1999, s.115) er det kritisk at sykepleier lager seg en såkalt «mental målestokk» i smertekartleggingen. Å ikke bli betrodd egen smerteopplevelse av sykepleier kan forverre smertene, men ikke minst skape en mistillit mellom pasienten og sykepleieren. Forskningen viser at sykepleiere har vansker med å stole på at pasienten har sterke smerter, dersom kroppsspråket til pasienten ikke uttrykker for å være smertepåvirket. Sykepleiere vurderte ofte hva pasienten var i stand til å gjøre i de daglige aktivitetene og ble derfor skeptiske til den høye NRS scoren pasienten rapporterte. Derfor ble ikke alltid pasientens rapporterte smerter tatt i betraktning av sykepleieren, noe som påvirket hvilket smertestillende medikament sykepleier valgte å administrere (Granheim et al., 2015: Bach et al., 2018). Av erfaringer kan jeg selv kjenne meg igjen fra Studiene til Granheim et al. (2015) og Bach et al. (2018). Jeg har selv opplevd at det kan være vanskelig å tro på pasientens høye smertescore, når pasienten f.eks. smiler eller ikke viser de typiske smerteuttrykkene. Derfor tenker jeg at vi som sykepleiere har fortsatt mye å lære om egne holdninger og hvordan de påvirker pasientens smerter i sin helhet. Det er som Travelbee (1999, s. 112-113) sier i sin filosofi, at postoperative smerter kan påvirke pasienten både fysisk og psykisk. Det er essensielt å ikke kategorisere pasienter som «merkelapper» og tro at alle postoperative smerter er like. Da vil det bli utfordrende for sykepleier å hjelpe pasienten med å oppnå mål som tilstrekkelig smertelindring (Travelbee, 1999, s. 140)

I studien til Eriksson et al. (2015) kom det frem at sykepleiere viste ulike holdninger og forståelser til pasientens postoperative smerter. For å kunne hjelpe postoperative pasienter med å mestre og behandle smerter, er det sentralt at sykepleier legger egne holdninger til side for å kunne hjelpe pasienten best mulig. Sykepleier må kunne sette seg inn pasientens situasjon, der alle er unike individer som reagerer ulikt på smerter (Travelbee, 1999, s.115) Pasienter i studien til Eriksson et al. (2015) opplevde seg forstått av sykepleier dersom de fikk god hjelp med å lindre smertene. Allikevel avhengte dette stort på hvilken sykepleier som var på jobb. De fleste sykepleierne i studien oppfordret til å ta smertestillende, men flere kunne ofte vise lite hensyn til pasientens behov i sin helhet. Når pasienten følte seg forstått av sykepleier ble det enklere å beskrive de postoperative smertene, noe som resulterte i bedre smertelindring. Danielsen et al. 2020, s. 382) beskriver også i faglitteraturen at gjensidig tillit og et godt teoretisk kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for tilstrekkelig smertelindring. Videre i studien til Eriksson et al. (2015) påvirket sykepleiers holdninger i form av respekt og forståelse, pasientens vilje til å kontakte sykepleier på nytt. Flere pasienter kunne føle seg krenket dersom sykepleier ikke trodde på deres smerter, noe som skapte en mistillit i sykepleier-pasientforholdet. Som Eide & Eide (2019, s. 136) beskriver, er de non-verbale og verbale uttrykkene som sykepleier signaliserer til pasienten viktig. I den postoperative smertelindringen er det en avgjørende faktor for at pasienten skal føle seg ivaretatt og oppleve tillit til sykepleier.

## 5.4 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient i den postoperative smertebehandlingen er et tema som går igjen i alle de utvalgte artiklene. Studien til Van Dijk et al. (2016) viser at sykepleiere sjeldent kommuniserte med pasientene om de postoperative smertene utover spørsmål om NRS score. Pasienter fikk ofte et kort svar som «ok» fra sykepleier dersom pasienten oppga en lav NRS score. Videre spurte sykepleier ofte «hva kan vi gjøre med det?» om pasientene opplevde sterkere smerter. Den korte kommunikasjonen medførte til at pasientene ble tilbakeholdne mot sykepleier og ved enkelte tilfeller ikke turte å be om ekstra smertestillende. Ifølge faglitteraturen trenger sykepleier en personorientert kommunikasjon for å kunne se hele personen som et individ, og for å oppnå sine sykepleiefaglig mål (Eide & Eide, 2019, s. 17). I den postoperative

smertebehandlingen handler det om kunsten av å sette de verbale og non-verbale uttrykkene i samspill, samt aktivt lytte til hva pasienten opplever. Da må sykepleier legge til rette for å inkludere pasienten i egen smertevurdering ved å stille mer åpne spørsmål i tillegg til NRS eller VAS (Eide & Eide, 2019, s. 17). Ifølge faglitteratur kan postoperative smerter skilles mellom noiceptive eller nevropatiske smerter, som krever ulik smertelindrende medikament. Smertens intensitet kan også påvirkes av tidligere erfaringer, der en smertestimuli kan oppleves mer smertefullt en tidligere (Danielsen et al., 2020, s. 385; Stubhaug et al., 2010, s. 30). Derfor tenker jeg at sykepleier må spørre pasienten fler åpne og utforskende spørsmål for å kunne innhente mer informasjon om smertens karakter i tillegg til intensiteten. Slik kan sykepleier få en bedre pekepinn på hva slags smerter pasienten opplever og iverksette eventuelle tiltak for tilstrekkelig smertelindring.

Studien til Eriksson et al. (2015) viser at smertelindringen blir mer effektiv dersom det blir lagt rom for dialog mellom sykepleier og pasient. Dersom sykepleier ga pasienten tid for dialog følte pasientene seg tryggere på sykepleieren, noe som styrket tillitsforholdet i smertekartleggingen. Travelbee (1999, s. 135) legger stor vekt på at kommunikasjon er en gjensidig prosess, og sentralt for dannelsen av et menneske-til-menneskeforhold. Videre skriver hun at den gjensidige prosessen påvirker forholdet mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 30). Forskningen viser imidlertid at stort tidspress hos sykepleiere var en barriere for dannelsen av kommunikasjon og relasjon til pasienten. Dette påvirket pasientenes mulighet til å beskrive og vurdere smertene, som kan resultere i lang ventetid på smertelindrende. Videre påvirket også dette pasientens initiativ til å tilkalle sykepleier om smertene forverret seg. Pasienter var redde for å være til bry eller komme i konflikt med sykepleier, og valgte derfor å «bite» i seg smertene lenger (Eriksson et al, 2015: Van Dijk et al., 2016). Resultatene fra artiklene kan tyde på at sykepleiere ikke er flinke nok til å informere eller kommunisere med pasienten om smertebehandlingen. Vi vet gjennom pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) at pasienter har rett på informasjon og medvirkning i egen behandling. I tråd med artiklenes resultater er det essensielt at sykepleier tar ansvar for å skape et tillitsforhold til pasienten, samt legge til rette for dialog og medvirkning gjennom kommunikasjon.

At pasienter ofte indirekte uttrykker smerter non-verbalt eller via hint i den verbale kommunikasjonen kommer frem i studien til Bach et al. (2018), og i tidligere forskning (Eide

& Eide, 2019, s.17). Vi vet at smerter kan gi flere fysiologiske tegn som stress, svette, forhøyet blodtrykk og puls. Pasienter kan også vise atferdsmessige tegn som grimaser eller muskelspenninger. Dette er viktige observasjoner som sykepleier kan notere seg, men gir alene lite pålitelighet da stress kan påvirke smerteopplevelsen (Danielsen et al. 2020, s. 389). Studien til Bach et al. (2018) viser at sykepleiere observerer pasientene nøye i det postoperative forløpet, men tar nødvendigvis ikke hensyn til hintene om smerte som pasientene uttrykker via kroppsspråket. Videre kontaktet sykepleiere pasientene som oftest kun ved rutiner som medisintilbringelse og pleie. Det ble ikke alltid direkte spurt om pasienten hadde smerter eller om smertelindrende medikament hadde tilstrekkelig effekt. Av egne erfaringer fra kirurgisk praksis kan jeg relatere til funnene til Bach et al. (2018). Jeg har selv opplevd at flere sykepleiere sjeldent kontakter pasienten utenom daglige oppgaver og rutiner, der kommunikasjonen om smerter er vag. Noen pasienter kan også uttrykke små non-verbale tegn som kan være vanskelige å oppdage. Derfor tenker jeg at det er viktig som Eide & Eide (2019, s. 17) og Travelbee (1999, s. 140) skriver, å imøtekomme pasienten med respekt og bruke kommunikasjonen som et verktøy i smertelindringen. Dette innebærer å informere pasienten om at det er normalt å oppleve postoperative smerter og viktigheten av å lindre smertene for å unngå komplikasjoner. Dermed kan sykepleier og pasient sammen samhandle om forventinger og sette realistiske mål for behandlingen.

## 6 Konklusjon

Hovedmålet med denne oppgaven var å sette søkelys på hvordan sykepleiers kunnskap og holdninger kan påvirke den postoperative smertelindringen til kirurgiske pasienter. Etter kirurgi er det vanlig å forvente postoperative smerter, der utilstrekkelig lindring kan forårsake en rekke komplikasjoner videre i forløpet. Smertelindring er et grunnleggende sykepleietiltak på sengeposten frem til pasientens utskrivelse. Gjennom arbeidet med denne litterære studien har jeg kommet frem til flere interessante funn som påvirker smertelindringen. Det viser seg at postoperative smerter kan være komplekse og utfordrende å lindre, da smerter vil oppleves ulikt og er åpne for tolkninger.

Funnene fra artiklene viser at den postoperative smertelindringen påvirkes i stor grad av sykepleiers kunnskap og praktiske handlinger, evnen til å kartlegge smertene og sykepleiers holdninger til opiat og smerter. Videre kan kommunikasjonen og relasjonen mellom sykepleier og pasient ha stor innvirkning på pasientens medvirkning for å oppnå mål om tilstrekkelig smertelindring. Det viser seg at sykepleiere har et språk mellom den kliniske kunnskapen og praktiske handlingen. Ulike holdninger fra sykepleier kan se ut til å skape barrierer i smertelindringen med opiat og kartleggingen av smerter.

Oppsummert kan det konkluderes med at samspillet mellom sykepleiers kunnskap og holdninger er avgjørende for den postoperative smertelindringen. Fenomenet smerte er subjektiv, derfor er pasienten en av de viktigste kildene for sykepleieren i smertelindringen. For å kunne yte god smertelindring forutsetter det grundig kartlegging av pasientens smerter og jevnlig evalueringer. Gjennom personorientert kommunikasjon og bruk av kartleggingsverktøy kan sykepleier utforske pasientens smerter i dybden. Hvor god hjelp pasienten får til tilstrekkelig smertelindring, avhenger av om sykepleier benytter seg av den kliniske kunnskapen og legger egne holdninger til side. Sykepleiers evne for å skape en tillitsfull relasjon med pasienten viser seg å være essensielt for en gjensidig forståelse av smertelindringen. For å oppnå en individualisert smertelindring forutsetter det at sykepleier setter pasienten i fokus og tar pasientens beskrivelse av smerter med i betraktning.

Tidspress og underbemanning blant sykepleiere var i tillegg en viktig faktor i funnene, som jeg reflekterte over under arbeidet med oppgaven. Jeg tenker at tidspresset sykepleiere ofte



står i kan by på sine utfordringer i smertelindringen, og legger ikke et godt utgangspunkt i dannelsen av en tillitsfull relasjon til pasienten. Etter arbeidet med denne oppgaven mener jeg det fortsatt er behov for mer forskning om tematikken, ettersom det fortsatt eksisterer såkalte «hull» i den postoperative smertelindringen. Mange opplever fortsatt utilstrekkelig lindring av postoperative smerter, og antall kirurgiske inngrep vil trolig ikke minkes i fremtiden.

# Litteraturliste

Bach, A.M., Forman, A. & Seilbaek, L. (2018). Postoperative pain management: A bedside perspective. *Pain management nursing*. s. 608-618.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>

Baastrup, C.S., Dahl, J.B., Arendt-Nielsen, L. & Jensen, T.S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T.S. Jensen, J.B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, Evidens og Behandling* (3 utg. s. 15-33). FADL's Forlag.

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2020). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5 utg., s. 309-373). Gyldendal akademisk

Dallan, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5 utg., s. 381-423). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3 utg.) Gyldendal akademisk.

Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt K. & Broström, A. (2015). Patients' experiences and actions when describing pain after surgery - a critical incident technique analysis. *International journal of nursing studies*. S. 27-36.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.008>

Fredheim, O.M.S., Borchgrevink, P.C., Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 2011(18).

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1184>

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. [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)

Helsedirektoratet (2022). *Kirurgi etter behandlingssted-somatikk*. Hentet 19. Mars 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/kirurgi-etter-behandlingssted-somatikk#referere>

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

IASP (2020, 16. Juli). *IASP Announces Revises Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Leenderts, T.A. (2014). *Person og profesjon* (3 utg.). Gyldendal akademisk.

Lunn, T.H., Mathiesen, O. & Dahl, J.B. (2013). Postoperative smerter. I T.S. Jensen, J.B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, Evidens og Behandling* (3 utg. s. 177-199). FADL's Forlag.

Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 21. Mars 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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>

Slørdal, L. (2019). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem* (3.utg., s. 325-333). Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A.K. Klopstad (red.), *Ulike tekster om smerte* (1 utg., s. 51-74). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Van Dijk, J.F.M., Vervoort, S.C.J.M., Van Wijck, A.J.M., Kalkman, C.J. & Schuurmans, M.J. (2016). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study. *International journal of nursing studies*. s. 260-269. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007>

Wøien, H. & Strand, A.C. (2010). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen & A.K. Klopstad (Red.), *Ulike tekster om smerte*. (1 utg., s. 271-286). Gyldendal akademisk.