



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	436
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7868
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	16
Andre medlemmer i gruppen:	438, 447

Jeg godkjenner uttalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Postoperativ smertelindring.

Postoperative pain relief.

Kandidatnummer: 436, 438 og 447

Desentralisert sykepleierutdanning GRSD17

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for

helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Kristin Mo

Innleveringsdato: 14.05.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Abstract

Background:

Research shows that many patients in hospitals do not receive adequate postoperative pain relief. From our experience from surgical wards in a hospital, we have seen how much responsibility the nurses have and how challenging it can be to provide good pain relief in the postoperative phase. With this in mind, we wanted to investigate the reason why it is not given sufficient pain relief, as well as how it affects the patients.

Research question:

How can nurses contribute to good postoperative pain relief?

Purpose:

Increase knowledge about postoperative pain relief and shed light on how nurses can contribute to good pain relief in the postoperative phase.

Method:

We have used literature study as a method and included six qualitative research articles, as well as a research article with mixed methods, through the databases CINAHL and Oria. Kari Martinsen and her care philosophy are used as a nursing theoretical foundation.

Results:

Research shows a gap between nurses' theoretical knowledge and their practical actions. There is a need for an improvement in the nurses' knowledge, attitudes, and actions in pain treatment. There is also a need for better assessment and interpretation of the patients' pain, as well as a better communication with the patients.

Conclusion:

Research shows that lack of knowledge and nurses attitudes affect the pain treatment that is given in the postoperative phase. Nurses must be better at reflecting on their own values and be aware of the authority that comes with the role of nursing.

There is a need for a competence boost, and the nurses have a responsibility to request and update knowledge to provide good postoperative pain treatment. Research shows that educational programmes improve both the nurses' knowledge and attitudes.

Keywords:

Pain, postoperative pain, postoperative pain relief, knowledge, attitudes.

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	6
1.2 Hensikten med oppgaven og sykepleierfaglig relevans	6
1.3 Avgrensning.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.1.1 Inklusjonskriterier	8
2.1.2 Eksklusjonskriterier	8
2.2 Fremgangsmåte.....	8
2.3 Kildekritikk	10
2.4 Ethiske overveielser.....	11
3.0 Teori	11
3.1 Sykepleieteoretisk forankring.....	11
3.2 Smertefysiologi og definisjon av smerte	14
3.3 Postoperativ smerte.....	14
3.4 Kunnskap.....	15
3.5 Holdninger	16
4.0 Resultat	16
4.2 Kunnskap.....	17
4.3 Holdninger	18

4.4 Å bruke skåringsverktøy	18
5.0 Drøfting.....	19
5.1 Pasienterfaringer	19
5.2 Forholdet mellom kunnskap og praktisk handling.....	21
5.3 Holdninger	22
5.4 Bruken av skåringsverktøy	24
6.0 Avslutning	27
7.0 Litteraturliste	28
8.0 Vedlegg	31
8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema	31
8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk	31
8.3 Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	34

1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om postoperativ smertelindring. I løpet av studiet har vi blitt interessert i ansvaret sykepleieren har i den postoperative smertebehandlingen, og sett hvor utfordrende denne prosessen kan være. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) punkt 2.10 har sykepleieren ansvar for å lindre lidelse og yte omsorgsfull hjelp. Dette tydeliggjør plikten og ansvaret sykepleieren har ovenfor pasienten for å lindre lidelser som f.eks. smerte.

Fredheim et al. (2011, s. 1763) viser til tidligere forskning hvor stor del av pasienter fra både norske og utenlandske sykehus ikke får tilstrekkelig postoperativ smertelindring. Det står forankret i Helsepersonelloven (2021, § 4) at vi som helsepersonell må ta vare på pasienten på en forsvarlig måte, ved å utføre vårt arbeid faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp. Dette må gjøres utfra forventningene til kvalifikasjonene vi har som helsepersonell og situasjonen vi står i. Videre tar loven for seg vår plikt til å innhente bistand der det er nødvendig. Ifølge Fredheim et al. (2011, s. 1763) bidrar god postoperativ smertelindring til tidlig mobilisering, forebygging av postoperative komplikasjoner og forkortede sykehusinnleggelseser. Effekten av god postoperativ smertelindring bidrar derfor til bedre samfunnsøkonomi (Meissner et al. referert i Leegaard & Valeberg, 2016, s. 89). Manglende kompetanse rundt smertevurdering virker begrensende på helsepersonellens kapasitet for å hindre lidelse, fremme god smertelindring og autonomi. Til tross for økt utvikling og nye muligheter innenfor multimodal smertelindring og teknologi er postoperativ smertelindring fremdeles et problem (Leegaard & Valeberg, 2016, s. 82 og 89). Forskning (Granheim et. al, 2015; Van Dijk et al., 2017) synliggjør et gap mellom teoretisk kunnskap og praktiske handlinger i postoperativ smertelindring. Det viser seg også et behov for bedre vurdering og tolkning av pasientens smerte, samt bedre kommunikasjon med pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Vi har erfart hvor vanskelig det kan være å gi tilfredsstillende smertelindring til pasienter i postoperativ fase og hvor viktig det er å ha kunnskap om dette temaet. Disse erfaringene har vi gjort oss i jobbsammenheng og i praksis på kirurgiske avdelinger, hvor vi har sett forskjellige tilnæringsmåter og holdninger til pasientenes smerteopplevelse. I løpet av sykepleierutdanningen har vi lært om viktigheten av å forstå pasientens subjektive smerteopplevelse, men erfarer ofte at dette ikke blir tatt hensyn til. I tillegg opplever vi at kartleggingsverktøy som vurderer pasientens smerte, sjeldent blir brukt. Vi ønsker å fordype oss og få mer kunnskap om sykepleiers sentrale rolle i smertelindring. På denne måten håper vi å være bedre rustet når vi står med dette ansvaret selv, når vi er ferdigutdannede sykepleiere. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til god postoperativ smertelindring?

1.2 Hensikten med oppgaven og sykepleierfaglig relevans

Sykepleiers funksjon og rolle står sentralt i smertelindring, og handler ikke kun om å administrere smertestillende medikamenter. Smertelindring er et komplekst og omfattende arbeid, hvor det kreves kompetanse og forståelse for de ulike faktorene i sykepleierprosessen. Med denne oppgaven ønsker vi å presentere en litteraturgjennomgang som diskuterer hvordan sykepleierens kunnskaper og holdninger påvirker denne prosessen, samt pasientenes opplevelse av dette. Hensikten er å øke kunnskap om postoperativ smertelindring og belyse hvordan sykepleier kan bidra til god smertelindring i postoperativ fase.

1.3 Avgrensning

For å avgrense oppgaven har vi valgt å ikke gå inn på medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak mot smerter, samt dokumentasjon av effekten av disse. Men vi er bevisst over viktigheten dette har på smertebehandlingen som blir gitt.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil vi redegjøre fremgangsmåten vi benyttet oss av for å finne relevant litteratur til oppgaven vår. Ifølge Thiedemann (2019, s. 74) defineres metode som en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap som belyser en problemstilling. En metode må være presis formulert og kan etterprøves, slik at andre kan komme til samme konklusjon.

Det finnes forskjellige tilnærminger innen metode. Kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til bedre forståelse av temaene man ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 52). Kvantitativ metode viser faktakunnskap i form av målbare enheter. Dette er hensiktsmessig når man skal ha svar på “hvor mange” og “hvor ofte”. Kvalitativ metode kartlegger menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, holdninger, meninger og tanker. Det finnes ulike metoder innenfor hver forskningstradisjon (Thiedemann, 2019, s. 75-76). Mixed methods er en metode som kombinerer både kvalitativ og kvantitativ metode for å få en fullstendig forståelse av forskningstemaet (Andersen, 2017, s.2).

Vi har gjennomført det som Thiedeman (2019, s. 79) kaller en allmenn litteraturstudie. Dette er en analyse av et utvalg artikler og en beskrivelse av kunnskap som finnes innen et bestemt område (Forsberg & Wengström referert i Thiedemann, 2019, s. 79). Formålet med litteraturstudie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør, samtidig som man beskriver hvordan man har tilegnet seg kunnskapen. Denne metoden kartlegger eksisterende kunnskap og avdekker ytterligere behov for økt kunnskap (Thiedemann, 2019, s.78-79). Artikkene i litteraturgjennomgangen vår har et kvalitativt fokus, med unntak for en artikkel som har mixed methods fokus. Dette er fordi at vi fokuserer på å få dybdekunnskap og leter etter ulike nyanser av problemstillingen vår. Da vi valgte tema til oppgaven, ble det gjort et generelt og bredt søk for å få et inntrykk av den eksisterende forskningslitteraturen relatert til temaet. I tillegg benyttet vi oss av pensum og litteratur. Utfra funnene bestemte vi oss for problemstillingen og valgte å fokusere på sykepleierens kunnskap, holdninger og handlinger.

2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

2.1.1 Inklusjonskriterier

Innholdet må omhandle kunnskap, holdninger og handlinger i forbindelse med postoperativ smertelindring, for voksne pasienter over 18 år. Vi ønsker å fordype oss i sykepleiers og pasients perspektiv. Vi vil bruke studier fra land som har liknende sykepleiepraksis som Norge, f.eks. Europa og USA. Det skal være fagfellevurderte artikler, først og fremst kvalitative studier. Vi vil ha forskning som er utgitt mellom 2011-2021. Artikkene må være på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

2.1.2 Eksklusjonskriterier

Forskning og litteratur skal ikke være eldre enn 10 år gammel for å holde oppgaven mest mulig oppdatert. Forskningen skal ikke omhandle innleggelser andre steder enn på sykehus, eller omhandle pasienter under 18 år. Det skal heller ikke omhandle pårørendes perspektiv, eller pasienter med kroniske smerter, redusert kognitiv sans eller rusavhengighet.

2.2 Fremgangsmåte

For å presisere problemstillingen og for å gjøre den søkbar har vi benyttet oss av PICO skjema (vedlegg 1). Vi har reflektert over spørsmålene som hver bokstav i skjemaet står for og kom frem til den aktuelle problemstillingen, samt søkeord som er brukt i litteraturgjennomgangen. Deretter ble det gjort strukturerte litteratursøk, hvor vi anvendte anerkjente elektroniske databaser som ORIA og CINAHL. ORIA er blitt benyttet i innledende og bredere søk etter relevante artikler, mens CINAHL er benyttet for å gjøre søket presist. For å finne internasjonale artikler har vi oversatt søkeordene til engelsk i CINAHL. Søkeordene vi har benyttet er: "Smerter", "Postoperativ smerte", "Postoperativ smertelindring", "Kunnskap" og "Holdninger". Det ble først søkt på hvert enkelt søkeord i CINAHL, deretter har vi lagt dem i kombinasjon med hverandre, slik som vist i tabellen (vedlegg 2). I ORIA er søket gjort i kombinasjon med søkeordene. Søkene ble avgrenset etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene fra første stund. Artikkene i databasene ble først vurdert ut ifra overskriften, deretter ble abstraktene vurdert for å se artiklenes relevans til problemstillingen. For å forebygge feiltolkning av artikkene, har vi lest artikkene hver for oss og møttes for gjennomgang og diskusjon rundt hovedtemaene vi har funnet.

Vi har også systematisert artiklene etter relevans og funn ved hjelp av en litteratormatrise (vedlegg 3). For å sikre kritisk vurdering av forskningsartiklene har vi benyttet oss av sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2020). Dette resulterte i disse 7 artiklene:

- A. Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström A. (2014). *Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments.*

Beskriver hvordan pasienter oppfatter bruk av den numeriske vurderingsskalaen i postoperativ fase. Har et beskrivende design med en fenomenografisk tilnærming og semistrukturerte intervjuer. Artikkelen er vurdert etter sjekklister for kvalitative studier og funnet relevant for oppgaven.

- B. Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). *Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.*

Det er en tverrsnittstudie som kartlegger sykepleiere og sykepleierstudenters kunnskap og holdninger til medikamentell smertebehandling i en postoperativ fase eller ved alvorlig kreftsykdom. Vi brukte sjekklister for prevalensstudie og fant denne gyldig for oppgaven.

- C. Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T. (2011). *Hvilke kunnskaper trenger sykepleier til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?*

Det er et kvalitativt beskrivende design med fokusgruppeintervjuer og spørreskjema for datainnsamling som kartlegger sykepleierens holdninger til smerter og smertebehandling, samt hvilken kunnskap sykepleierne selv mener de trenger for å gi en god smertebehandling. Den er vurdert etter sjekklister for kvalitativ studie og funnet relevant for oppgaven.

- D. McNamara, M.C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). *Effekt of education on knowledge, skills and attitudes around pain.*

Kartlegger effekten av undervisningsprogram om smerte for å forbedre kunnskap, holdning og ferdigheter hos sykepleiere. Den har en mixed methods tilnærming med spørreundersøkelse, men er vurdert etter sjekklister for prevalensstudie, da det er

en spørreundersøkelse og det ikke er sjekklister for de kombinerte metodene. Funnet gyldig for oppgaven.

- E. *Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?*
Kartlegger sykepleieres samhandling med pasienter i den postoperative smertebehandlingen. Studien har et kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte dybdeintervjuer, og er inkludert i oppgaven etter vurdering av sjekklister for kvalitative studier.
- F. *Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi.*
Kartlegger pasientens erfaring og medvirkning i postoperativ smertebehandling. Studien har et kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte dybdeintervjuer, og er inkludert i oppgaven etter vurdering av sjekklister for kvalitative studier.
- G. *Van Dijk, J. FM., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM. (2017). Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses.*
Beskriver pasienters og sykepleieres kunnskap og holdninger til smertebehandling i en randomisert kontrollstudie. Den er vurdert etter sjekklister for randomisert kontrollstudie og funnet gyldig for oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å være kritisk, finne ut om opplysningene i artiklene er sanne og finne ut om artikkelens opphav er troverdig (Dalland, 2017, s.152). En litteraturstudie er basert på andres forskning (Thidemann, 2019, s. 79). Utfordringen med metoden kan derfor være fare for feiltolkning av det primærlitteraturen fremlegger, da noen forskningsartikler er på engelsk og må oversettes til norsk. Derfor er det viktig at vi er grundige i arbeidet med de artiklene vi leser og benytter ordbok dersom ord og uttrykk er vanskelige å forstå. I følge Thiedemann (2019, s. 92) analyserer man teksten for å forstå hva teksten forteller.

Dette gjør man ved lese teksten mange ganger, både i helhet og stykkevis, for å få med seg alle detaljene.

Vi er klar over at vi ikke har gjort et fullstendig litteratursøk og at det en mulighet for at det er artikler vi ikke har funnet, som kunne endret resultatet vårt.

2.4 Ethiske overveielser

Forskningsetikk handler om vurderinger av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. Samtidig handler det også om ivaretagelse av personvern for å sikre at de som deltar i forskningen unngår unødvendige belastninger og ikke bli påført skade. Forskingen skal ikke foregå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s, 236). De norske artiklene som er med i vår oppgave er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Artiklene fra Storbritannia, Nederland og Sverige er godkjent av etiske komitéer. Alle informantene har gitt informert samtykke og ble anonymisert av forfatterne for å ivareta personvern. I oppgavens drøftingsdel vil det bli lagt frem praksiserfaringer, disse er anonymisert.

3.0 Teori

I følgende kapittel fremlegges litteratur som er relevant til problemstillingen, samt sykepleieteori av Kari Martinsen.

3.1 Sykepleieteoretisk forankring

Vi har valgt sykepleier og filosof Kari Martinsen som sykepleieteoretisk forankring i oppgaven vår, da hun tar for seg omsorgsarbeid og moralske utfordringer i sykepleie.

Martinsen (2014, s. 18-21) skriver om den barmhjertige samaritan som så en skadet mann og ble berørt av hans appell for hjelp. Samaritanen hadde åpne og mottakende øyne og ble truffet av den andres situasjon. Han så med hele kroppen og ble berørt av den andres lidelse. Samaritanen erkjente den andre og handlet praktisk med medynk. Martinsen hevder at vi berøres i sansingen, før vi forstår hva den andre vil. Hun hevder at deltakende oppmerksomhet er å se og bli sett med hjertets øye, et

øye som forstår og er ledet av sansing. Det å forstå er maktutøvende virke (Martinsen, 2014, s. 20-21). Martinsen (2014, s. 27) hevder at pasienten ikke er redusert til sin sykdom eller diagnose. Sykepleieren setter faglighet i sansingens tjeneste, tror på det hun ser og kjenner smerten igjen. Hun skal hjelpe ut fra den enkeltes behov, etter hva den enkelte pasient trenger.

Ifølge Martinsen (2018, s. 76) er det sentralt å ha forståelse for den andres situasjon i omsorgen. Hun hevder at vi kan forstå den syke fordi vi har opplevd f.eks. smerte og kvalme. Vi kan ikke oppleve smerten eller kvalmen til pasienten, men vi kan utfra erfaring og kunnskaper forstå og dermed formidle til hverandre gjennom ord og handling. Martinsen (2005, s. 137) tar opp utfordringene ved omsorg, hvor tillit er en bærende og fundamental faktor. Å vise tillit er å utlevere seg med et ønske om å bli imøtekommet. Ifølge Martinsen (2005, s. 143) trenger ikke tillit å begrunnes, men når vi viser mistillit til pasienten må handlingen begrunnes. «Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til hverandre». Martinsen (2002, s. 14-15) viser til Skjervheim sin filosofi om en tre-leddet relasjon. Tre-leddet relasjon handler om sykepleier, pasient og det problem, spørsmål eller sak man snakker sammen om. Vi har et felles problem som sykepleier deltar og engasjerer seg i. Vi samtaler. Om sykepleieren hverken bryr seg eller engasjerer seg i problemet, og heller forholder seg til den andres vurderinger som fakta, blir det til en to-leddet relasjon. På denne måten objektiviseres den andre. Når objektivisering er dominerende i forholdet til den andre, er det et angrep på den andres selvforståelse, frihet og rett til å ha egne meninger og vurderinger. Man fremstår som man forstår den andre bedre enn han forstår seg selv. På denne måten har man herredømme over den andre, og all samtale er dermed umulig. Martinsen (2005, s.165) hevder at for at tillit skal bli mulig, må sykepleier bruke sitt faglige skjønn og makten som ligger i det. Hun må stille seg kritisk til omsorgens strukturer og arbeidsforholdene som kan forhindre tillit.

Martinsen (2018, s.20) trekker frem tre viktige sider av omsorgsbegrepet; den rasjonelle, moralske og praktiske siden ved omsorg. Ifølge Martinsen (2018, s. 69-71) handler **den relasjonelle siden ved omsorg** om et forhold mellom to parter. Dette forholdet er bygget på et grunnlag hvor den ene ser, anerkjenner og forstår den andre ut fra hans eller hennes situasjon. Ved å forsøke å forstå og se den andres situasjon mest mulig fra den andres synspunkt, aksepterer vi den andre som en person, med personens begrensninger og ressurser. Erkjenner man personen på

denne måten kan man gi omsorg uten å over- eller undervurdere personens selvhjelpenhet, og det er denne forståelsen som ligger i bunn for å kunne handle omsorgsfullt. Martinsen (2018, s.70-71) hevder at **den praktiske siden ved omsorg** omhandler aktiv deltakelse i den andres lidelse. Dette handler om hvordan vi viser omsorg gjennom bestemte praktiske handlinger og hvordan vi bruker redskapene våre på bestemte måter med andre. Videre tar Martinsen (2018, s. 47-48 & 51) for seg **den moralske siden ved omsorg**, som omhandler moralsk ansvarlig maktutøvelse og ansvaret for «de svake». Relasjoner mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og den moralske siden ved omsorg omhandler måten en forvalter disse. Dette ansvaret er bygget på å erkjenne at alle kan komme i situasjoner hvor man blir blant «de svake» og trenger hjelp og omsorg fra andre. Makt og avhengighet kan både svekke og styrke personer. For å oppnå moralsk ansvarlig maktbruk må sykepleierens handling støtte og hjelpe de svake.

Ifølge Martinsen (2005, s.164-165) handler omsorg om moral og relasjoner som viser seg i praktiske handlinger. Hun hevder at moral, som er gode sykepleieholdninger, må læres. En dyktig sykepleier har både kunnskap og moral, som brukes som standard for handlingene sine for å skape tillit. Dette gjøres gjennom en autoritetsstruktur med svak paternalisme, hvor sykepleier engasjerer seg med en sensitivitet ovenfor den andres situasjon. Det ligger en makt i denne relasjonen som må utøves slik at den andre blir deltaker i eget liv. For å unngå paternalisme må sykepleier ha en emosjonell involvering i situasjonen. På denne måten unngås likegyldighet og at pasienten blir passiv i sitt eget liv. Som sykepleier er det viktig å være bevisst over at en står i en vippeposisjon mellom svak paternalisme og paternalisme. Sykepleier må bruke sin intuitive bedømmelse og skjønn for å ikke vippe over. Martinsen (2005, s.165) mener også at den faglige dyktige sykepleieren er en reflektert praktiker som lærer gjennom eksempellæring i praksis. Hun presiserer at det må være et samarbeid mellom praktiker og sykepleieforskeren for å avdekke kunnskap og barrierer i omsorgsfeltet.

3.2 Smertefysiologi og definisjon av smerte

Det er nerveimpulser som fremkaller smerte. Disse dannes i nerveendene til smertefibre og kalles nociseptorer. Nociseptorene påvirkes av kjemiske substanser som produseres i vevet, samt av en direkte vevsødeleggende stimulus som f.eks. ved kirurgi og akutte skader (Sand et al., 2016, s. 152-153; Borchgrevink & Fredheim, Baastrup et al. & Sand et al. referert i Danielsen et al., 2016, s. 386). Smertefibrene danner stimulerende synapser med nerveceller i ryggmargens bakhorn, som leder nerveimpulser videre til enten hjernestammen eller thalamus. Her blir smerteopplevelsen bevisstgjort (Sand et al., 2016, s.153-154).

McCaffery (1983, s. 4) definerer smerte som en subjektiv opplevelse påvirket av psykososiale faktorer, hvor f.eks. to pasienter kan ha forskjellige smerteopplevelser av samme type smerte. Hun hevder at den som hjelper pasienten med å lindre smerten hverken kan se eller føle smerten til pasienten. Sykepleierens tilnærming til smerter er påvirket av sykepleierens verdier og erfaringer. Ifølge Nortvedt (2016, s. 170-171) er smerte lokalisert og forankret i kroppen og dens strukturer. Den kroppslige smerten er ikke enten psykisk eller fysisk, men en integrert helhet. Han hevder videre at smerte er en sammensatt, personlig og kontekstuell erfaring hvor sosiokulturelle, eksistensielle, psykologiske og biologiske faktorer spiller inn og påvirker smerteopplevelsen. Nortvedt (2016, s. 173-174) hevder at smerte er individuelt fra person til person, og er preget av pasientens tidligere erfaringer. Hvis vi skal hjelpe og forstå personer med smerte må vi forstå at det er mennesket selv som gir mening til og fortolker sine kroppslige erfaringer av smerte. Smertens subjektivitet skal alltid tas på alvor.

3.3 Postoperativ smerte

Ifølge Shorten et al. (referert i Holm & Kummeneje, 2011, s. 68) defineres postoperative smerter som akutte smerter forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi. De fleste som går gjennom kirurgisk inngrep, forventer at de får smerter i postoperative fase. Preoperativ informasjon om smertelindring hjelper pasienten til å håndtere smerten ved at pasienten er bedre forberedt på hva som er i vente. På denne måten blir det lettere å rapportere smerte (Berntzen et al.,2016, s. 322).

Konsekvensen av mangelfull behandling av postoperative smerter kan føre til at pasienten blir påført betydelig lidelse. Dette kan øke komplikasjons- og dødelighetsraten etter kirurgisk inngrep, primært på grunn av forsinket mobilisering. I tillegg er det ikke uvanlig at smerteintensiteten pasienten opplever kan påvirke utviklingen av kroniske smerter etter kirurgi (Den norske legeforening, s. 14). Smerter kan gi økt risiko for kvalme, brekninger og nedsatt tarmperistaltikk, og kan forsinke pasientens mobilisering som øker faren for dyp venetrombose (ASA; Den norske legeforening; Stubhaug og Ljoså referert i Danielsen et al, 2016, s.395).

Danielsen et al. (2016, s. 398) hevder at bruk av skåringsverktøy muliggjør at pasienten selv kan gi en subjektiv vurdering av smerten. Disse deles inn i to grupper. Den første gruppen består av endimensjonale skjemaer/skalaer, som f.eks. visuell analog skala (VAS) eller visuell numerisk skala (NRS). Disse måler smerteintensitet på en skala fra 0 til 10, hvor 0 indikerer ingen smerte og 10 står for verst tenkelig smerte. Den andre gruppen består av flerdimensjonale skjemaer/skalaer, som f.eks. McGill Pain Questionnaire, som måler smerteintensitet og hvordan pasienten påvirkes av smerten. Ved bruk av hjelpemidlene får sykepleier og pasient et felles begrepsapparat, samt at sykepleierens individuelle holdninger og oppfatninger får mindre betydning.

3.4 Kunnskap

Begrepet kunnskap kan ha mange betydninger, og kan forklares med ord som f.eks. viten, kjennskap og innsikt. Ord som ekspertise og ferdighet brukes for å beskrive begrepet kunnskap utfra den enkeltes personlige erfaringer og kunnskapsutvikling. Sett i sykepleiesammenheng blir begrepet ofte relatert til begrepet kompetanse, som defineres som dyktighet og skikkethet. Å inneha kompetanse handler om den enkeltes evne til å bruke kunnskap i praktiske situasjoner og ta beslutninger basert på faglig kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 140). Sykepleierens kunnskapsspekter kan deles mellom teoretisk, praktisk og erfaringskunnskap. Disse danner en helhet i sykepleien. Teoretisk kunnskap er hovedsakelig forskningsbasert og strukturert i skriftlig form. Den praktiske kunnskapen er relatert til ulike ferdigheter. Og erfaringsbasert kunnskap er noe en har opplevd og har personlig erfaring med (Burnard referert i Tveiten, 2014, s.37).

3.5 Holdninger

Holdninger beskrives fra et sosialpsykologisk perspektiv som en relativ konstant måte å organisere følelser, tanker og handlinger på (Kaufmann og Kaufmann referert i Gustin, 2016, s. 311). Holdninger deles i tre komponenter. **Den Kognitive komponenten** handler om at vi må ha et bevisst og tydelig uttrykt verdigrunnlag for å utvikle en profesjonell innstilling til omsorg og pleie (Norsk Sykepleierforbund referert i Gustin, 2016, s. 311). **Den affektive komponenten** handler om de følelsesmessige reaksjonene våre som f.eks. glede, frykt og forakt. Hvis den følelsesmessige komponenten handler om noe tabubelagt, kan det føre til ulogiske handlinger i forhold til det vi tenker (Ekeland et al. referert i Gustin, 2016, s. 311).

Handlingskomponenten handler om hvordan følelser og tanker kommer til syne i handling i en spesifikk situasjon. Gjennom oppveksten, de sosiale sammenhengene vi befinner oss i og med den kulturen vi lever i, formes holdningen vår. Hvis disse 3 nevnte komponentene sammenfaller med hverandre, utvikler man mest sannsynlig en relativ stabil holdning. Men holdninger er derimot lett å påvirke hvis det ikke finnes en rød tråd mellom disse komponentene (Gustin, 2016, s. 312).

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil funnene bli presentert tematisk og artiklene er presentert systematisk i en litteratormatrise (vedlegg 3). Funnene vi presenterer vil være en del av grunnlaget for diskusjon av problemstillingen i neste kapittel. De inkluderte artiklene tar for seg sykepleierens kunnskap, ferdigheter og holdninger til smertebehandling i en postoperativ fase. I tillegg til pasientens opplevelse av behandlingen.

4.1 Pasienterfaringer

Pasientene i Eriksson et al. (2014, s. 43-44) sin studie opplevde at regelmessig oppfølging fra sykepleierne bidro til en følelse av tillit og sikkerhet, og at de ble sett på som enkeltindivider. De opplevde at smertevurderingen deres ble tatt på alvor og at det var basert på en genuin interesse. Deltakerne ga uttrykk for at de syntes det var vanskelig å vite hvor mye smerter de skulle tolerere, og var bekymret for å framstå som masete. Responsen de fikk fra helsepersonell hadde også en betydning

for hvorvidt pasientene tok kontakt når de hadde smerter på et senere tidspunkt. Pasientene i Sjøveian & Leegaard (2015, s. 166-167) sin studie opplevde også å bli trodd på smerteopplevelsen sin, samt at sykepleierne var opptatt av å forebygge smertetoppene. Sykepleierne oppfordret dem til å rapportere smerte, men pasientene hadde ulike oppfatninger av smerterapportering. Forskning (Sjøveian & Leegaard, 2012, s. 384; Leegaard et. al, 2011, s. 257-258) viser at eldre pasienter over 65 år ofte viser en passiv kommunikasjonsform og er tilbakeholdne med å rapportere smerte og be om smertestillende. Sykepleiere i studien måtte ofte påminne pasientene om å rapportere smerter.

Pasientene i van Dijk et al. (2017, s. 3503 og 3505) sin studie fikk preoperativ informasjon om postoperative komplikasjoner og viktigheten av god postoperativ analgetika. Kunnskapen deres ble forbedret, men de hadde fremdeles misoppfatninger og redsler til smertelindring. Studien til Sjøveian & Leegaard (2012, s. 386) viser at det var viktig å få gjentatt informasjon om smerterapportering i en postoperativ fase, da pasientenes evne til å absorbere informasjonen og tolke det som ble sagt varierte.

4.2 Kunnskap

Det kommer frem i Granheim et al. (2015, s. 331-333) sin studie at sykepleierne og sykepleiestudentene har gode kunnskaper på noen områder innen smertelindring, men at det er et gap mellom deltakernes teoretiske kunnskap og de praktiske handlingene. Studien viser en bekymring hos sykepleierne og sykepleierstudentene, for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet blant pasientene. Sykepleierne i van Dijk et al. (2017, s. 3506) og McNamara et al. (2012, s. 963) sin studie deler også denne bekymringen. I Leegaard et al. (2011, s. 259) sin studie har sykepleierne gode kunnskaper om vurdering av smerte og kommunikasjon med pasientene, men sykepleierne etterspør økt kunnskap om smertestillende medikamenter og deres virkningsmekanismer. Felles for de nevnte studiene er at sykepleierne trenger å styrke kunnskapen innen smertebehandling (Granheim et al., 2015, s.333; van Dijk, 2017, s. 3508; McNamara et al., 2012, s.963). I tillegg erfarte sykepleierne i Leegaard et al. (2011, s. 257-259) sin studie også at pasientenes manglende kunnskap om smertestillende medikamenter virket som en barriere mot god smertelindring. De opplevde en bekymring hos pasientene for bivirkninger og

avhengighet, hvor spesielt de eldste pasientene var bekymret for å bli avhengig, til tross for informasjon fra sykepleieren. Dette resulterte ofte i at pasientene ventet for lenge med å be om smertestillende medikamenter.

McNamara et al. (2012, s. 958, 961-962) undersøker effekten av undervisningsprogram for å forbedre kunnskap, ferdigheter og holdninger mot postoperativ smertebehandling hos sykepleiere. Videre viser de til analysen av spørreskjemaet etter gitt undervisning, som viser en betydelig forbedring av sykepleiernes kunnskap om smerter og holdning til pasientenes opplevelse av smerte. Men ved siste analysen, 6 uker etter, vises en nedgang av kunnskap hos sykepleierne. Som indikerer at de burde hatt regelmessig undervisning.

4.3 Holdninger

Granheim et al. (2015, s. 331) sin studie viser at majoriteten av både sykepleierne og sykepleierstudentene ikke tok hensyn til pasientens subjektive utsagn om sin egen smertevurdering. Dette til tross for at de tidligere hadde svart at det er pasienten selv som best bedømmer egen smerteintensitet. Studien til van Dijk et al. (2017, s. 3507) og Sjøveian & Leegaard (2012, s. 385) trekker også frem at flere av sykepleierne ikke tok hensyn til pasientens egen smertevurdering. Granheim et al (2015, s. 331) tar opp viktigheten av å lytte til pasienten for å vurdere effekten av smertebehandlingen, utfra hva som er akseptabelt smertenivå for pasienten. Studien til McNamara et al. (2012, s.961) indikerer at noen sykepleiere i studien ikke trodde på at pasientene hadde smerter før oppstart av undervisningsprogrammet. Etter undervisningen var det en betydelig bedring i sykepleierens holdninger til pasientens smerteopplevelse.

4.4 Å bruke skåringsverktøy

Pasientene i studien til Eriksson et al. (2014, s. 42-44) oppfattet at NRS-skalaen er et godt kommunikasjonsverktøy for helsepersonell. Det ga helsepersonell mulighet til å lettere forstå pasientenes smerteintensitet. Men det kommer frem at pasientene hadde behov for å beskrive smerten, da kun å nevne et tall ikke var nok. Pasientene ønsket oppfølgingsspørsmål fra helsepersonell angående smerter, slik at de fikk en bedre mulighet til å uttrykke smerten sin. Sjøveian & Leegaard (2012, s.385-386) sin

studie skriver også om dette. Sykepleierne opplevde det lettere å vurdere pasientens smerteintensitet, ved å be pasienten beskrive smertens karakter og sette den opp mot NRS-skalaen. Sykepleierne var enig om viktigheten av å forklare NRS-skalaen til pasienten, slik at den blir lettere å forstå og for at pasienten skal klare å sette den i perspektiv opp mot egen smerte. I Sjøveian & Leegaard (2015, s.166-167) sin studie kommer det frem at majoriteten av pasientene hadde vansker med å huske at NRS-skalaen ble presentert i preoperativ informasjon, samt at flere av dem hadde vansker med å forstå hvordan de skulle anvende den. Sykepleierne i Leegaard et al. (2011, s. 258) sin studie erfarer at NRS-skalaen har best nytteverdi når pasienten har forståelse for den og klarer å kommunisere med den. De opplever at pasientene tolker skalaen forskjellig og det kommer tydelig frem at pasientene trenger å lære hvordan de skal bruke smerteskalaen og anvende tallene riktig.

5.0 Drøfting

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til god smertelindring til postoperative pasienter. I dette kapittelet skal vi tolke og diskutere funn fra forskningsartiklene og drøfte dem opp mot teori og egne praksiserfaringer. Hovedfunnene knytter seg til manglende kunnskap hos sykepleierne, samt holdningene deres til smertelindring.

5.1 Pasienterfaringer

75% av sykepleierne i studien til Leegaard et. al (2011, s. 259) trodde at pasientene ikke kunne sove når de hadde smerter, og 50% trodde at observerbare endringer i vitale tegn var grunnlaget for å vite om pasienten har sterke smerter. Vi har praksiserfaringer hvor pasienter har ringt på for å be om smertestillende, men når sykepleier kommer inn for å gi, så sover pasienten. Utsagn som "pasienten sover, så han kan ikke ha smerter" erfarer vi at er en gjenganger i disse situasjonene, som resulterer i at pasienten ikke får god smertelindring. Hvilke vurderinger gjør sykepleier i denne situasjonen, som støtter denne handlingen?

Ifølge Holm & Kummeneje (2011, s. 72) har sykepleier ansvar å vurdere og få en beskrivelse av pasientens smerte, for å gi god smertelindring i postoperativ fase. Sykepleieren må innhente data om smertens intensitet, lokalisasjon, kvalitet, utløsende årsak og lindrende faktorer. Wøien & Strand (referert i Danielsen et al,

2016, s. 398) hevder at det er viktig at sykepleieren snakker med pasienten og stiller direkte spørsmål, samtidig som sykepleier innhenter objektive data på smerte, som f.eks. kroppsholdning, ansiktsuttrykk, emosjonelt uttrykk, svetting, hudfarge, respirasjonsmønster, økning i pulsfrekvens og blodtrykk. Forskning (Sjøveian & Leegaard, 2012, s. 384; Leegaard et. al, 2011, s. 257-258) viser at dette spesielt er viktig hos eldre som har en passiv kommunikasjonsform ved smerterapportering, og at de ofte må påminnes å rapportere smerte og tilbys smertelindring. McCaffrey (1974, s.18) understreker at mangel på objektive smerteuttrykk ikke nødvendigvis betyr at pasienten ikke har smerter. Her tolker vi viktigheten av å observere det objektive, men ikke minst pasientens subjektive opplevelse av smerte. Kan det hende at sykepleierne fra praksiserfaringen kun tolket de objektive tegnene på smerte? Hvordan oppleves dette for pasienten?

Ifølge Danielsen et al. (2016, s. 382) kan sykepleiere tvile på pasientens smerter hvis den ikke har målbare tegn. De hevder videre at sykepleierne må akseptere at det er pasienten som er autoritær i sin smerteopplevelse. Sykepleierne kan velge å ha tillit til pasienten eller tvile på dens opplevelse. Ved å tvile på pasientens smerte er sykepleieren med å redusere muligheten for god og effektiv smertebehandling. Ifølge McCaffery (1979, s. 66) er et av de viktigste elementene i sykepleierens forhold til pasienten, at han kan stole på å bli trodd på når det gjelder smerterapportering. Når en smertepreget pasient opplever å ikke bli trodd på, vil han kunne oppleve økt lidelse samt en økt intensitet av smerten. Men om pasienten blir møtt med aksept og tro, vil smerteintensiteten ofte avta og han kan bli mindre engstelig. Pasientene i Eriksson et al (2014, s. 43-44) sin studie opplevde å bli trodd på smerteopplevelsen sin. Studien viser at regelmessig oppfølging og at sykepleierne tok deres smerteopplevelse på alvor, bidro til sikkerhet, følelse av tillit og å bli sett. Studien viser også til betydningen av sykepleiernes respons på pasientens appell for hjelp, som var med å avgjøre om pasientene tok kontakt senere ved smerter eller ikke. Martinsen (2002, s. 14-15) tar for seg den tre-leddede relasjon, hvor sykepleier deltar og engasjerer seg i pasientens problem, med ønske om å hjelpe. Dersom man ikke blir berørt av det pasienten sier, blir det til en to-leddet relasjon, som kan virke som en barriere for samtalen og relasjonen. Martinsen (2018, s. 69-71) hevder at ved å vise at en ser, forstår og anerkjenner den andre fra hans situasjon gir man omsorg uten å over- eller undervurdere pasienten selvhjulpenhet. Martinsens tanker om dette

får oss til å reflektere over viktigheten av å bygge en god relasjon til pasienten og hvordan det å vise engasjement og at vi bryr oss kan bidra til god smertelindring.

5.2 Forholdet mellom kunnskap og praktisk handling

Nyere forskning (Granheim et al., 2015, s.333; van Dijk, 2017, s.3506, 3508; McNamara et al., 2012, s. 963) avdekker at sykepleierne har gode kunnskaper på flere områder innen postoperativ smertelindring, men at det er behov for et kompetanseløft. Dette gjelder spesielt kunnskap rundt smertestillende medikamenter, samt misoppfatninger om bruk av opioider. Sykepleierne og sykepleierstudentene i studien til Granheim et al. (2015, s. 331-332) skåret høyt på at pasienten selv best bedømmer egen smerte. 98% av sykepleierne og 91% av sykepleierstudentene svarte at når opioider er administrert, så må påfølgende dose justeres etter pasientens respons. Likevel velger mange av deltakerne å gi en ineffektiv dose eller avstå fra å gi morfin, grunnet bekymring for respirasjonsdepresjon eller opioidavhengighet. Deltakerne viser at de har kunnskap om den subjektive smerteopplevelsen, som McCaffrey trekker frem i sin teori. Men funnet indikerer at selv om deltakerne har denne kunnskapen, velger de likevel å handle mot sitt utsagn pga. manglende kunnskap om opioider.

Burnard (referert i Tveiten, 2014, s. 37) tar for seg sykepleierens tre kunnskapsaspekter: teoretisk-, praktisk- og erfaringskunnskap. Vi tolker disse tre som fundamentet i sykepleiers kunnskap, og at mangel på disse kan gi konsekvenser på sykepleien som blir utøvd. Martinsen (2018, s. 75) hevder at hvis sykepleieren skal tilegne seg fagkunnskap, for å bruke det som redskap i omsorgsarbeidet, er det ikke nok å lese gjennom lærebøker. Men kunnskapen fra bøkene må praktiseres samtidig, slik at fagkunnskap og praktiske ferdigheter blir en enhet. Nortvedt et al. (referert i Danielsen, 2016, s.382) mener at ved å bruke forskningsbasert kunnskap i sykepleiepraksis, reduseres tilfeldig praksis og en kan lettere argumentere faglig for de valgene og handlingene en gjør. Eksempelet fra Granheim et al. (2015, s. 331-332) trekker frem hvordan sykepleierne- og sykepleierstudentenes kunnskapshull, til tross for gode kunnskaper på noen områder, kan hemme praktisk handling. Men hvordan kan sykepleiere bidra til økt kunnskap?

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) punkt 1.5 har ledere av sykepleietjenester et ansvar for fagutvikling og etisk refleksjon. McNamara (2012, s. 958) sin studie viser en tydelig forbedring i kunnskap, ferdigheter og holdninger etter undervisning. Studien viser også at regelmessig undervisning er med på å oppdatere og opprettholde sykepleiers kunnskap om postoperativ smertelindring (McNamara et al., 2012, s. 961-962). Dette stemmer overens med våre praksiserfaringer, hvor internundervisning har bidratt til å oppdatere og gi oss ny kunnskap. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019) punkt 1.4, skal vi som sykepleiere holde oss oppdatert på utvikling, forskning og dokumentert praksis innen vårt fagområde, og vi skal anvende denne nye kunnskapen i praksis. Vi tolker dette som at arbeidsplassen vår bør legge til rette for undervisning, men at det først og fremst er vårt personlige ansvar å oppdatere oss faglig og etterspørre ny kunnskap der vi ikke har det. Ifølge Tveiten (2014, s. 30) har sykepleiere et ansvar om å utøve sin pedagogiske funksjon og bidrar til å spre kunnskap videre til kollegaer og sykepleierstudenter. Vi må ta initiativ til å delta i og gi undervisning. På denne måten øker vi den faglige kompetansen. Men vi kan undre oss over om kunnskap alene er nok for å endre sykepleiers handlinger?

5.3 Holdninger

Ifølge McCaffery (1979, s. 9) har sykepleieren en betydelig makt og ansvar i smertebehandlingen. Hun har makten til å gi en smertebehandling eller til å hindre den. Når pasienten rapporterer smerter, har sykepleieren et valg om å overføre informasjon videre eller handle for å lindre smerten. Men alt for ofte velger sykepleierne å ikke å gjøre noe, og hindrer dermed smertebehandlingen. Dette støttes opp av nyere forskning (Granheim et al., 2015, s. 331; van Dijk et al., 2017, s. 3507; Sjøveian & Leegaard, 2012, s. 385; McNamara, 2012, s. 961) hvor flere sykepleiere ikke tok hensyn til pasientens subjektive smertevurdering. Nortvedt (2016, s.173-174) trekker frem at pasientens subjektivitet alltid skal tas på alvor fordi smerte oppleves forskjellig og er preget av pasientens tidligere erfaringer. Martinsen (2014, s. 18-19) beskriver viktigheten av å møte personen der den er og at vi må sanse med hjertes øye. Vi tolker dette som at vi som sykepleiere må bli berørt av pasientens smerte, vi må stoppe opp og bruke sansene våre. Hva ser vi, hva er det pasienten sier eller ikke sier? Martinsen (2018, s. 76) mener at vi kan gjenkjenne denne smerten, fordi vi har følt smerte før. Til tross for at det ikke er pasientens

smerte, skal denne gjenkjennelsen bidra til å kunne sette oss inn i den andres lidelse.

Eide & Eide (2018, s. 26.) hevder at ved å vise tillit som helsepersonell tar man en risiko ved å gi fra seg makt og kontroll. Risikoen innebærer at tilliten kan brytes, både fra pasientens og helsepersonellets side. Martinsen (2005, s.137-138) tar for seg sårbarheten en utsetter seg for når man viser tillit, hvor pasienten legger ut en appell med et ønske om å bli imøtekommet. Dette medfører en risiko for å bli avvist, hvor sykepleieren har en makt og et valg om å møte pasientens fordring. Blir appellen avvist, brytes tilliten, og vi må begrunne mistilliten som oppstår. Vi har praksiserfaringer hvor vi har opplevd å bli usikker på smerteintensiteten til pasienten, når pasienten har rapportert sterke smerter etter å ha fått hurtigvirkende smertestillende. Denne usikkerheten fikk oss til å tvile på pasientens smerter, men vi valgte å høre på pasienten og rapporterte det videre. Sammen med sykepleier prøvde vi å finne andre alternativer for å hjelpe pasienten og svare på appellen. Men grunnet usikkerheten kunne vi ha valgt å ikke ta pasientens appell om hjelp på alvor. Martinsen (2018, s. 47-8 & 51; 2005, s.164-165) tar for seg den moralske siden ved omsorg og hvordan sykepleier, med sin autoritet og kunnskap, bruker sin posisjon som maktperson. Dette handler om balansen mellom paternalisme og svak paternalisme. Martinsen (2005, s. 164-165) henviser til dette som et vippepunkt, hvor sykepleier må bruke faglig skjønn og intuitiv bedømmelse, for å ikke vippe over i feil retning. Vi tolker det slik at vi har makten til å velge å hjelpe eller ikke, og at sykepleiere må være bevisst på denne makten og hvordan den utøves. Ved umoralsk maktbruk kan konsekvensen føre til at pasienten underkjennes og at paternalisme oppstår, hvor pasienten blir passiv i eget liv. Vi har i eksempelet ovenfor kjent på vippepunktet og maktens tyngde. Vi erfarer at dette kan være utfordrende og at det kan være lett å vippe over til feil side. Men hva kan påvirke sykepleiere til å vippe over på feil side?

Gustin (2016, s. 311-312) trekker frem de tre komponentene holdning deles inn i. Hvis det ikke finnes en sammenheng mellom disse kan verdigrunnet og dermed holdningene våre påvirkes. Sykepleiere kan mene at verdiene som inngår i verdigrunnet for sykepleien er relevante og viktige, men kan i en konkret pleiesituasjon føle seg usikker (Enarsson et al. referert i Gustin, 2016, s. 312). Vi har en praksiserfaring hvor pårørende bestemt mente at pasienten ikke hadde smerter,

men var preget av angst og derfor ikke trengte smertelindring kort tid etter en operasjon. Sykepleier valgte å høre på pårørende, til tross for at pasienten ga uttrykk for sterke smerter gjentatte ganger. Grunnet risikoen for at pårørende skulle reagere negativt, valgte sykepleier å ta hensyn til de pårørende og ikke møte pasientens appell om hjelp. Det ble derfor ikke administrert sterkere smertestillende, utenom de faste smertestillende. Dette førte også til at andre, mindre erfarne sykepleiere, valgte å avstå fra å administrere sterkere smertestillende i etterkant, og pasienten ble ikke tilstrekkelig smertelindret og virket i den forbindelse engstelig. Enarsson et al. (referert i Gustin, 2016, s.312) mener at de grunnleggende verdiene kan havne i skyggen hvis frykten for kollegenes meninger blir for sterk. Sykepleieren velger å tilpasse seg den rådende kulturen og gir etter for «gruppepresset» for å overleve (Gustin, 2016, s. 312-313). Vi bemerker oss hvor fort man kan vippe over i feil retning, og hvordan sykepleierens holdninger og handlinger kan påvirke kollegaer og mindre erfarne sykepleiere. Men hvordan kan man unngå å bli påvirket av andres holdninger?

McNamara et al. (2012, s. 961) sin studie viser en forbedring i sykepleierens holdning etter gitt undervisning. Økt kunnskap og bevisstgjørelse over pasientens subjektive smerte bidro til denne forbedringen. Gustin (2016, s. 312-313) mener at ny kunnskap, i tillegg til etiske refleksjoner kan være til hjelp for å endre på holdninger. Vi forstår Martinsens (2005, s. 165) tanker om den reflekterende praktikerens, hvor refleksjoner med erfarne sykepleiere og rundt ny kunnskap, kan forbedre holdningene våre. I tillegg tolker vi det som at vi har et personlig ansvar om å reflektere rundt våre egne verdier og holdninger, som ligger i bunn for handlingene vi gjør. Ved å gjøre dette vil personlige holdninger, handlinger og kunnskap sammen bidra til en god argumentasjon mot rådende ukultur. Samtidig oppfatter vi også viktigheten av å personlig være bevisst og opptatt av sitt eget verdigrunnlag, for det er nødvendigvis ikke bare den rådende ukulturen som påvirker handlingene, men en selv.

5.4 Bruken av skåringsverktøy

Målet med god postoperative smertelindring er å sikre at pasienten får best mulig smertebehandling med minst mulig bivirkninger. Det er viktig at pasienten er smertefri i hvile og opplever minst mulig ubehag ved mobilisering (Holm & Kummeneje s. 72). Danielsen et al. (2016, s. 390-391) hevder at det er nødvendig med en nøyaktig

kartlegging av pasientens smerte for å planlegge, iverksette og evaluere den individuelle pasientens smertebehandling. Studier (Eriksson et al., 2014, s. 42-44; Sjøveian & Leegaard, 2012, s.385-386) viser at skåringsverktøy, som f.eks. NRS-skalaen, kan være et godt kommunikasjonsverktøy som gir helsepersonell muligheten til å lettere forstå pasientens smerteintensitet. Ifølge Danielsen et al. (2016, s. 390-391) må disse hjelpemidlene brukes aktivt i smertereistreringen og evalueringen av de smertelindrende tiltakenes effekt. Men for å få et vellykket utbytte er man avhengig av at pasienten klarer å plassere smerten i en skala, samt at pasienten klarer å sette ord på smerten. Pasientene i Eriksson et al. (2014, s. 42-44) sin studie opplevde at å angi et tall på en skala ikke var nok, da de ønsket oppfølgingsspørsmål for å lettere beskrive smerten mer detaljert. Sykepleierne i studien til Sjøveian & Leegaard (2012, s. 385-386) opplevde at det var lettere å vurdere pasientens smerte ved å kombinere NRS-skalaen sammen med pasientens beskrivelse av smertens karakter. Martinsen (2018, s.70-71) tar for seg hvordan vi bruker redskapene våre til å vise omsorg gjennom praktiske handlinger. Slik vi forstår Martinsen må vi delta aktivt og praktisk i den andre smerteopplevelse. Ved å bruke skåringsverktøy finner vi et felles begrepsapparat med pasienten, hvor vi aktivt prøver å få en forståelse av pasientens smerteopplevelse. Men hvordan kan man være sikker på at pasienten og sykepleieren har en felles forståelse av skåringsverktøyet?

Forskning (Sjøveian & Leegaard, 2015, s.166-167; Sjøveian & Legaard, 2012, s. 385; Leegaard et al.,2011, s. 258) viser at misoppfatninger av skåringsverktøy bidro til dårlig utbytte ved bruk av NRS-skalaen. Flere av pasientene i Sjøveian & Leegaard (2015, s.166-167) sin studie opplevde vansker med å forstå hvordan de skulle anvende NRS-skalaen, selv om den ble presentert preoperativt. Og noen av deltakerne husket ikke at NRS-skalaen ble presentert i det hele tatt. Sykepleierne i Leegaard et al. (2011, s. 258) sin studie opplevde at pasientene tolket skalaen forskjellig og det kom tydelig frem at pasientene trengte kunnskap og dypere forståelse for hvordan de skulle bruke smerteskalaen og anvende tallene riktig, slik at NRS-skalaen skulle ha nytteverdi. Sykepleierne i Sjøveian & Leegaard (2012, s. 385) sin studie opplevde det lettere å sammenligne tallene i skalaen med smerteopplevelser som mange kan kjenne seg igjen i. Et eksempel som ble brukt var at når NRS øker fra 3 til 4 blir det vanskelig å sitte i ro, mens når NRS øker til 5 blir

smerten mer ubehagelig. Og ved økning til 8 vil man ikke bevege seg i det hele tatt. Vi erfarte i praksis at denne måten å forklare forventet smerteintensitet i NRS-skalaen, gjorde det lettere for pasientene å tallfeste smerteopplevelsen sin.

Usikkerhet rundt pasientenes kunnskap om NRS-verdiene, kan etter våre praksiserfaringer, bidra til at en betviler pasientens utsagn. Sykepleierne i Sjøveian & Legaard (2012, s. 385) sin studie erfarte at det var vanskelig å tro pasientens smerteopplevelse hvis de anga en høy NRS-verdi, mens pasientene satt og leste, lo, spiste, gikk i korridoren eller hadde normal puls og blodtrykk. Danielsen et al. (2016, s.390-391) skriver om viktigheten av å forsikre seg om at pasienten skjønner hensikten med skalaen og får informasjon om hvordan den brukes. Denne informasjonen bør gis før pasienten får smerter, f.eks. før en operasjon, slik at hjelpemiddelet benyttes riktig. Smertevurderingsskjemaene- og skalaene bør brukes som grunnlag for rutinemessige observasjoner, på samme måte som kontroll av puls, temperatur og blodtrykk. Men hvordan kan sykepleier bidra til at pasienten får kunnskap og forståelse av NRS-skalaen slik at den anvendes riktig, når preoperativ informasjon ikke er tilstrekkelig?

Sjøveian & Leegaard (2012, s. 386) tar opp den individuelle behov for informasjon og viktigheten av gjentatt informasjon gjennom forløpet. Martinsen (2014, s. 27) trekker frem at sykepleiere må hjelpe pasienten der den er, på den måten personen trenger det. Vi har praksiserfaringer fra samtaler i preoperativ fase hvor vi erfarte at pasientene fikk for mye informasjon på en gang. Vi erfarte at pasientene hadde nok med bekymringer rundt selve operasjonen og noen uttrykte at det var overveldende med all informasjonen de fikk, da de ofte glemte eller ikke fikk med seg det som ble sagt. Vi tolker Martinsens tanker om den individuelle behov som at den enkelte tolker og fordøyer det som blir sagt på forskjellige måter, og derfor har forskjellige behov for informasjon underveis. Vi som sykepleiere må tilpasse informasjonen til hvert enkelt individ, ut ifra hvor pasienten er og hva han trenger. Sjøveian & Leegaard (2012, s.386) understreker også dette og behovet for kontinuerlig informasjon gjennom forløpet.

6.0 Avslutning

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi forsøkt å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til god postoperativ smertelindring. Etter et bredt- og så mer detaljerte søk i forskningslitteratur, har vi funnet ut at sykepleiere har gode kunnskaper på noen områder innen postoperativ smertelindring, men at det foreligger kunnskapshull. Sykepleierne har behov for et kompetanseløft innen smertebehandling, spesielt rundt misoppfatninger om bruken av opioider og hvordan man anvender kartleggingsverktøy. Det viser seg også at sykepleierne ikke tar nok hensyn og ofte ikke tror på pasientens subjektive smerteopplevelse, som virker som en barriere mot god smertelindring. Funnene i oppgaven avdekker at selv om sykepleierne har god teoretisk kunnskap, så handler de ofte imot den i praktiske situasjoner. Ofte har dette med at kunnskapen blir satt opp mot egne holdninger.

Vi har i vår oppgave prøvd å vise hvordan sykepleierens kunnskap, holdning og praktiske handlinger kan påvirke smertelindringen som blir gitt. Dette kan være utfordrende, men handler om å være bevisst på og eventuelt revurdere sitt verdigrunnlag. Det er viktig å reflektere rundt egne holdninger og makten sykepleieren har i smertebehandlingen, slik at makten blir brukt på riktig måte og gagnar pasientens beste. Forskning viser at kurs og undervisning kan bidra til bedring av sykepleierens kunnskap og holdninger, men at dette må oppdateres og holdes regelmessig. Som sykepleier har man en plikt om å holde seg faglig oppdatert og integrere dette i praksis. Ved å sette fokus på disse funnene mener vi at det er et viktig steg i riktig retning for å kunne gi pasienten god smertelindring i postoperativ fase.

7.0 Litteraturliste

- Andersen, J. (2017). "Mixed methods"-design i helseforskning. *Sykepleien*, 105, 1-13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 309-379). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 383). Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforeningen. (2009). Retningslinjer for smertelindring. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling og etikk*. (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), s.41-46. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.10.006>
- Fredheim, O., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen & T., Borchgrevink, P. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131(18), s. 1763-1767. doi: 10.4045/tidsskr.10.1129
- Folkehelseinstituttet. (2020, oktober). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

- Gustin, W. L. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.
- Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), s. 326-334.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helsebiblioteket. (2020, oktober). Sjekklistene.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsepersonelloven. (2021). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2020-12-04-134)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2011). *Pre- og postoperativ sykepleie – Med dagkirurgi* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. j., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1* (s. 139-191). Gyldendal akademisk.
- Leegard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien Forskning*, 6(3), s. 254-261.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0167>
- Leegard, M. & Valeberg, B.T. (2016). Vurdering av postoperativ smerte. I Helseth, S., Leegaard, M. & Nortvedt, F. *Livskvalitet og smerte - et mangfoldig forskningsfelt*. S. 82-91. Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin*, 19(1), s.14-22.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Akribe.
- Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Universitetsforlaget.

- McCaffery, M. (1983). *Nursing the patient in pain*. Lippincott Company.
- McNamara, M.C, Harmon, D. & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing*, 21(16), s. 958-964. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.16.958>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019, våren). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 3* (s.169-185). Gyldendal akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E & Bjålie, J.G. (2016). *Menneskekroppen*. Gyldendal akademisk.
- Sjøveian, A.K.H & Leegaard, M. (2012) Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling. *Sykepleien forskning*, 7(4), s.380-387. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>
- Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleien forskning*, 10(2), s. 162-169. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54454>
- Thiedemann, I-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2014). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (utg.2). Fagbokforlaget.
- van Dijk, J.F.M., Schuurmans, M.J., Alblas, E.E., Kalkman, C.J. & van Wijck, A.J.M. (2017). Postoperativ pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), s. 3500-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

Population/patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Beskriv den type pasient du er interessert i.	Hvilke tiltak handler det om?	Hvilke(t) alternati(er) finnes til dette tiltaket?	Hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall?
Postoperative pasienter med smerteproblematikk	Sykepleiers kunnskap og holdninger til postoperativ smertelindring.		<u>Pasienten:</u> Smerter Velvære <u>Sykepleier:</u> Kunnskap Holdninger Smertelindring

8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database og dato	Søk	Søkeord/Nøkkelord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<u>ORIA</u> 25.11.20	S1	Smerter OG kunnskap	Fagfellevurdert artikkel. 2011-2021	31	A, B
<u>CINAHL</u> 10.12.20	S1	Postoperative pain	2011-2021	13 992	
	S2	Pain management	2011-2021	23 036	
	S3	S1 AND S2	2011-2021	2942	
	S4	Knowledge	2011-2021	167 183	
	S5	S3 AND S4		173	
	S6	Attitudes	2011-2021	207 774	
	S7	S5 AND S6	Akademisk tidsskrift.	54	C,
<u>CINAHL</u> 27.01.21	S1	Postoperativ smerter	2011-2021	18 016	

	S2	Smertebehandling	2011-2021	14	
	S3	S1 AND S2	2011-2021	3	D,
<u>ORIA</u> 17.02.21	S1	Postoperativ smertebehandling	2011-2021 Fagfellevurdert tidsskrift.	7	E,
					F, funnet i referanseliste i "E".
<u>CINAHL</u> 17.02.21	S1	Nurses attitudes OR attitudes	2011-2021	18 038	
	S2	Postoperative pain OR postoperative pain	2011-2021	12 724	
	S3	Knowledge AND nurses knowledge	2011-2021	7 598	
	S4	S1 AND S2 AND S3	2011-2021	20	G.

A)

Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). *Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne*. Sykepleien forskning, (4), s.326-334.

B)

Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T. (2011). *Hvilke kunnskaper trenger sykepleier til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?* Sykepleien forskning, (3), s.254-261.

C)

Van Dijk, J. FM., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM. (2017). *Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses*. Journal of Clinical Nursing, (26), s.3500-3510.

D)

Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2012) *Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling*. Sykepleien forskning (4), s.380-387.

E)

Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. (2015). *Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi*. Sykepleien forskning (2), s. 162-169.

F)

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), s.41-46.

G)

McNamara, M.C., Harmon, D. & Saunders, J. (2012). Effekt of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British journal of Nursing* (Vol. 21, No. 16), s. 958-964

8.3 Vedlegg 3: Litteratormatrise

Nr.	Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Hensikten med studien	Metode	Hovedfunn/ resultater
1.	Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström A. 2014. Applied Nursing Research. Sverige.	Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments.	Hensikten med studiet var å beskrive hvordan pasienter oppfatter bruken av «numeric rating scale» i den postoperative fasen.	Kvalitativ studie, med semistrukturerte intervjuer. Deltakere: 25 pasienter fra et universitetssykehus og fra 3 sykehus i distriktene.	Studien viser forskjellige oppfatninger og utfordringer pasienter har ved bruk av NRS-skalaen, og viktigheten av at helsepersonell vet om disse.

2.	<p>Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. 2015. Sykepleien Forskning. Norge.</p>	<p>Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</p>	<p>Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.</p>	<p>Tversnittstudie ved bruk av kartleggingsverktøy et «Nurses’ knowledge and attitudes regarding pain». Deltakere: 114 sykepleiere fra 5 kirurgiske avdelinger på et universitetssykehus i Norge, 86 sykepleierstudenter i siste studieår på en høyskole i Norge.</p>	<p>Studiet avdekker at deltakerne er engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet og at det er et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Både sykepleiere og spl. studenter hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder.</p>
----	--	--	---	--	--

3.	<p>Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T.</p> <p>2011.</p> <p>Sykepleien Forskning. Norge.</p>	<p>Hvilke kunnskaper trenger sykepleier til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?</p>	<p>Å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere selv mener de trenger for p hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi og hvilke oppfatninger sykepleiere har om smerter og smertelindring generelt.</p>	<p>Kvalitativ studie, med semistrukturerte dybdeintervjuer.</p> <p>Deltakere: 5 sykepleiere fra en ortopedisk post i Norge.</p>	<p>Pasientenes individuelle forskjeller, alder, kultur og bruk av smertekartlegging sammen med pasientene var sentrale områder med utfordringer og behov for undervisning.</p> <p>Sykepleierne hadde gode kunnskaper om vurdering av smerte og kommunikasjon med pasientene.</p>
----	--	---	--	---	--

4.	<p>McNamara, M.C., Harmon, D. & Saunders, J.</p> <p>2012.</p> <p>British Journal of Nursing.</p> <p>Irland.</p>	<p>Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain.</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere effekten av et «akutt smerte» undervisningsprogram for å forbedre sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger rundt postoperativ smertebehandling.</p>	<p>Mixed methods, med spørreskjema med tidsserie analyse.</p> <p>Deltakere: 59 sykepleiere fra ett sykehus.</p>	<p>Studien viser at undervisningsprogram forbedrer sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger til postoperativ smertebehandling, og at dette er noe som bør forsettes med.</p>
----	---	--	--	---	--

5.	<p>Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. 2012.</p> <p>Sykepleien Forskning Norge.</p>	<p>Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?</p>	<p>Hensikten med denne studien er å kartlegge hvordan sykepleiere samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandlingen ved Joint Care.</p>	<p>Kvalitativ studie, semistrukturerte dybdeintervjuer.</p> <p>Deltakere: 5 sykepleiere fra en ortopedisk post i Norge.</p>	<p>Studien viser at mange rapporterer sterke smerter ved mobilisering andre postoperative dag. Eldre pasienter viser ofte en passiv kommunikasjonsform i smerterapporteringen. Sykepleierne er usikre på om pasientene har tilstrekkelig kunnskap om bruk av «numeric rating scale» som smertekartleggingsverktøy.</p>
----	---	--	---	---	--

6.	Sjøveian, A.K.H. & Leegaard, M. 2015. Sykepleien Forskning. Norge.	Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi.	Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter erfarer å medvirke i den postoperative smertebehandlingen ved hofte- og kneprotese kirurgi.	Kvalitativ studie, semistrukturerte intervjuer med pasienter 3.postoperative dag. Deltakere: 10 pasienter på ortopedisk post.	Studien belyser at pasientene hadde ulike oppfatninger og handlingsmønstre innenfor egen smerterapportering, samt uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy.
----	--	--	--	---	---

7.	<p>Van Dijk, J. FM., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J. & van Wijck, A. JM.</p> <p>2017</p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p> <p>Nederland.</p>	<p><i>Postoperative pain: Knowledge and beliefs of patients and nurses</i></p>	<p>Å beskrive pasienters og sykepleieres kunnskap og meninger angående smertebehandling. Samt å undersøke effekten av informasjon og undervisning på pasienters og sykepleieres kunnskap og meninger om smertebehandling.</p>	<p>Randomisert kontrollert undersøkelse (RCT) av to pasientgrupper og en tversnittstudie av sykepleiere.</p> <p>Deltakere: 760 preoperative pasienter på et nederlandsk universitetssykehus, 1184 sykepleiere fra 73 sykehus i Nederland.</p>	<p>Pasientene som fikk informasjon om postoperativ smerte og potensielle komplikasjoner hadde betrakteligere høyere kunnskap om postoperativ smerte, men alle pasientene hadde vedvarende bekymringer for opioidider.</p> <p>Sykepleierne hadde høy kunnskap om og lav terskel for å gi smertebehandling, og mer av halvparten av sykepleierne som deltok var nøytrale eller var enige om at postoperative pasienter lettere kunne bli avhengige av smertestillende</p>
----	---	--	---	---	---

					medikamenter. Studien viser at ytterligere smerteundervisning bidrar til økt kunnskap for sykepleierne.
--	--	--	--	--	---