



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390

Predefinert informasjon

Startdato:	21-03-2023 12:00 CET	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	31-03-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	212
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7908
----------------------	------

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 *:

Jeg godkjenner autalen 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 smertekartlegging etter protesekirurgi

Postoperative pain assessment following joint
replacement surgery

Kandidatnummer: 212

SYKS390 Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Antall ord: 7908

Innleveringsdato: 31.03.2023

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.

Sammendrag

Tittel: Postoperativ smertekartlegging etter protesekirurgi.

Bakgrunn: Smertekartlegging av postoperative pasienter er en hverdagslig, men utfordrende problemstilling for sykepleiere ved ortopedisk avdeling. For at postoperative pasienter skal kunne få tilstrekkelig smertebehandling, er god smertekartlegging helt essensielt i dette arbeidet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere på en ortopedisk avdeling bidra til god postoperativ smertekartlegging av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi?

Hensikt: Belyse hvilke faktorer i smertekartleggingen som er viktige i arbeidet mot å sikre tilstrekkelig smertebehandling for postoperative pasienter etter protesekirurgi.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som er basert på relevant forskning og teori.

Resultater: Funn fra forskning belyser smertebehandling som et komplekst tema, som kan påvirkes av mange faktorer for både pasienter og sykepleiere. Kommunikasjon, kunnskap, og klare rutiner for smertekartleggingsverktøy samt god dokumentasjon er viktige faktorer i smertekartleggingen, og kan være avgjørende for å sikre tilstrekkelig smertebehandling.

Oppsummering: God smertekartlegging er en viktig del av postoperativ pleie av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi. Det er viktig at sykepleiere er bevisste på utfordringene og tar i bruk tilgjengelige verktøy, samtidig som de tilpasser kartleggingen etter hver enkelt pasients behov. Ved å sikre god smertekartlegging kan pasienter få tilstrekkelig smertebehandling og en bedre rehabiliteringsprosess etter operasjonen.

Nøkkelord: Postoperativ smertekartlegging, protesekirurgi, pasientdeltakelse, kommunikasjon, dokumentasjon.

Abstract

Title: Postoperative pain assessment following joint replacement surgery

Background: Pain assessment of postoperative patients is a common but challenging issue for nurses in the orthopaedic department. To ensure adequate pain management for postoperative patients, proper pain assessment is essential in this work.

Research question: How can nurses in an orthopaedic department contribute to proper postoperative pain assessment of patients who have undergone joint replacement surgery?

The purpose: To highlight the essential factors in pain assessment that are crucial in ensuring adequate pain management for postoperative patients after joint replacement surgery.

Method: This bachelor thesis is a literature study of relevant research and theory around research subject.

Results: Research analyses pain management as a complex topic that can be influenced by many factors for both patients and nurses. Communication, knowledge, and clear procedures for pain assessment tools, as well as good documentation, are important factors in pain assessment and can be crucial to ensure adequate pain management.

Summary: Good pain assessment is an important part of postoperative care for patients who have undergone joint replacement surgery. It is important for nurses to be aware of the challenges that may arise and to use available tools and adapt the assessment to each patient's needs. By ensuring good pain assessment, patients can receive adequate pain management and have better rehabilitation processes after surgery.

Keywords: Postoperative pain assessment, joint replacement surgery, patient participation, communication, documentation.

Innholdsfortegnelse

Postoperativ smertekartlegging etter protesekirurgi.....	0
1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Begrepsavklaring	2
1.3 Avgrensing og presisering	3
2.0 Teori	4
2.1 Margot McCaffery	4
2.2 Smerte	4
2.3 Postoperativ smerte	5
2.4 Protesekirurgi	5
2.5 Smertekartlegging og vurdering.....	5
2.6 Postoperativ mobilisering	6
2.7 Postoperative komplikasjoner	7
2.8 Kommunikasjon	7
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Hva er metode	9
3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk.....	10
3.4 Søketablell og litteraturmatrise	11

3.4.1 – Søketabell 1	11
3.4.2 – Litteraturmatrise 1	12
3.5 Metodekritikk.....	13
3.5.1 Vurdering av egen oppgave	13
3.5.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	13
3.5.3 Etikk i oppgaveskriving	14
4.0 Resultat.....	15
4.1 Artikkel 1 – van Dijk et al.....	15
4.2 Artikkel 2 – Dequeker et al.	16
4.3 Artikkel 3 – Sjøveian & Leegaard	16
4.4 Artikkel 4 – Keast et al.	17
4.5 Artikkel 5 – Shoqirat et al.	18
4.6 Samlet analyse av artiklene.....	18
5.0 Drøfting	19
5.1 Smertekartlegging og vurdering.....	19
5.2 Bruk av smertekartleggingsverktøy	20
5.3 Pasientens rolle i postoperativ smertekartlegging og vurdering:	21
5.4 Smerte ved bevegelse og hvile.....	23
5.5 Kommunikasjon til pasienter med smerte.....	24
5.6 Dokumentasjon – en viktig del av tilstrekkelig smertekartlegging.....	25
6.0 Konklusjon	27

Referanseliste	28
Vedlegg	31
Vedlegg 1 – Pico-skjema:	31
Vedlegg 2 – Litteraturmatrise	32
<i>Litteraturmatrise 2</i>	32
<i>Litteraturmatrise 3</i>	33
<i>Litteraturmatrise 4</i>	33
<i>Litteraturmatrise 5</i>	34
Vedlegg 3 – Søketabletter	35
<i>Søketabell 2</i>	35
<i>Søketabell 3</i>	36
Vedlegg 4 – NRS (Numeric Rating Scale)	37

1.0 Innledning

Denne Bacheloroppgaven omhandler postoperativ smertekartlegging til pasienter som har gjennomgått protesekirurgi. Ifølge Nasjonalt register for leddproteser (2021), opereres det ca. 20 000 pasienter i Norge årlig med innsetting eller utskiftning av et kunstig ledd (leddprotese) på grunn av sykdom eller skade i leddet. Det er proteser i hofteleddet som er vanligst med ca. 11 000 operasjoner per år i Norge, samtidig som det settes inn ca. 8000 kneproteser i Norge årlig (Nasjonalt Register for Leddproteser, 2022, s. 5). Pasienter som har fått utført kirurgisk behandling i bevegelsesapparatet har ofte sterke smerter. Disse smertene er som oftest mest uttalte ved mobilisering og trening. Etersom mobilisering og trening er svært viktig for disse pasientene når det gjelder å unngå postoperative komplikasjoner, kan det å gi tilstrekkelig smertelindring være en stor utfordring. Det er derfor viktig at alle sykepleiere ved ortopediske avdelinger bør få god opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy. Smerte etter et kirurgisk inngrep kan også være et symptom på at det har oppstått en komplikasjon etter en operasjon. Smerter må derfor kartlegges, evalueres og dokumenteres nøye hos hver pasient (Grønsleth & Roa, 2022b, s. 225).

Som student innenfor sykepleiefaget har jeg tilegnet meg kunnskap om viktigheten av å sørge for at postoperative pasienter får god smertekartlegging, for å kunne få tilstrekkelig smertebehandling. Erfaringer fra kirurgisk praksis ved ortopedisk sengepost har gjort at jeg ønsket å fordype meg i en vanlig, men utfordrende problemstilling for sykepleiere ved en ortopedisk avdeling. Oppgavens formål er økt kunnskap og innsikt i sykepleierens rolle, hvilke vurderinger en må gjøre og hvilke utfordringer en vil treffe på i kartleggingen av postoperative pasienter preget av smerte. Videre har jeg et ønske om å bidra til økt kunnskap om hvilke faktorer i smertekartleggingen som er viktige i arbeidet mot å sikre tilstrekkelig smertebehandling for postoperative pasienter etter protesekirurgi. Jeg ønsker å sette fokus på viktigheten av god kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, hvor pasientens egenrapportering av egen smerteopplevelse sammen med sykepleierens observasjoner og vurderinger, er en stor del av målet med å oppnå tilstrekkelig smertebehandling. Oppgaven benytter litteraturstudie som metode og vil bygge på teoretisk fagkunnskap og tidligere forskning. Dette vil bli presentert nærmere i kapittel to, tre og fire.

1.1 Problemstilling

Følgende problemstilling skal besvares i denne oppgaven:

Hvordan kan sykepleiere på en ortopedisk avdeling bidra til god postoperativ smertekartlegging av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi?

1.2 Begrepsavklaring

For å besvare denne problemstillingen inkluderes følgende åtte relevante begreper:

- Smerte : postoperativ smerte : protesekirurgi : postoperativ mobilisering : postoperative komplikasjoner : kommunikasjon : smertekartlegging og vurdering.

Mange pasienter kan oppleve smerter etter gjennomgått protesekirurgi, og det er da viktig at vi som sykepleiere sørger for at pasienten er tilstrekkelig smertelindret i timene og dagene etter det kirurgiske inngrepet. For å kunne vurdere pasientens smerte er det viktig at vi har gode kunnskaper om hva som gjelder for det kirurgiske inngrepet og hvordan en kan ta i bruk verktøy for å vurdere den postoperative smerten som pasienten besitter. For å kunne gjøre slike vurderinger i forhold til smerte er det å ta i bruk ulike former av smertekartlegging gode verktøy for å sikre at pasienten får tilstrekkelig smertebehandling. Det er således hensiktsmessig å inkludere begrepene smerte, postoperativ smerte, protesekirurgi og smertekartlegging og vurdering siden de står sentralt i problemstillingen. Andre viktige sykepleieoppgaver hos pasienter som har gjennomgått protesekirurgi er tidlig postoperativ mobilisering for å unngå postoperative komplikasjoner. Derfor er begrepene postoperativ mobilisering og postoperative komplikasjoner blitt inkludert. Det å besitte gode kommunikasjonsferdigheter er viktig når en skal vurdere og veilede postoperative pasienter. Kommunikasjon hvor en lytter til og tar hensyn til pasientens egenrapportering av smerte sammen med sykepleierens egne vurderinger og observasjoner kan sikre en fyldigere forståelse av smerteopplevelsen. Aktiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan videre bidra til å identifisere andre psykososiale faktorer som krever oppmerksomhet. Begrepene nevnt ovenfor vil bli definert i teorikapittelet.

1.3 Avgrensning og presisering

I oppgaven fokuseres det på voksne postoperative pasienter over 18 år som har gjennomgått protesekirurgi, henholdsvis hofte- og kneprotese. Her er god smertekartlegging ved for eksempel trening og mobilisering viktig i den tidlige postoperative fasen. Tidsaspektet er fra endt operasjon til tredje postoperative dag. Oppgaven vil prøve å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til god postoperativ smertekartlegging til pasienter etter protesekirurgi ved å ta i bruk viktige faktorer for tilstrekkelig kartlegging og ved å bruke effektiv kommunikasjon. Derfor er det hensiktsmessig at fokuset er på postoperative pasienter innlagt i sykehus på ortopedisk avdeling. Det finnes flere typer smertekartleggingsverktøy, men jeg velger i oppgaven å kun gi et innblikk i NRS-skalaen, ettersom det er denne skalaen som er brukt i inkluderte artikler. Jeg har valgt å ikke ha fokus på pårørende grunnet oppgavens omfang.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for aktuelle begreper, teori og sykepleieteoretiker.

2.1 Margot McCaffery

Aktuell sykepleieteori for denne oppgaven er «Smerte er subjektivt» av Margot McCaffery (1984). «At smerte er subjektivt, innebærer at sykepleieren må lytte til og se personen som troverdig i det han formidler» (Nortvedt, 2016c, s. 178). Med dette som utgangspunkt vil ikke helsepersonell alltid kunne innse når tiltakene en tar i bruk ikke gir resultater. Når helsepersonell ikke tror på det pasienten rapporterer, eller ikke vurderer pasienten grundig nok, kan en vurderer tiltakene for å lindre smerte som vellykkede, selv når de ikke er det (McCaffery & Beebe, 1996, s. 12). Bjørø & Torvik (2016a) hevder at selvrapporing er gullstandard for smertekartlegging, dette på grunnlag av at smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse.

Fra en praktisk synsvinkel kan en skille sykepleierens rolle i smertebehandling fra annet helsepersonell. Det er sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienter som har smerter, og sykepleien kan sees på som hjørnesteinen i smertebehandlingen. Det er sykepleieren som setter i gang smertelindrende tiltak med og for pasienten, påviser behov for endrede eller ytterligere tiltak og videre setter disse i verk. Samtidig er sykepleieren den som vurderer virkningen tiltakene har på pasienten (McCaffery & Beebe, 1996, s. 13).

2.2 Smerte

Ifølge International Association for Study of Pain (IASP) er smerte «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av en faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller en opplevelse som beskrives på tilsvarende måte» (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 439). I likhet med McCaffery definerer også IASP smerte som subjektivt. At smerte er subjektivt vil si at det er bare den selv som kjenner smerten som kan vite hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 439). Det å vise at en tror på pasienten betyr nettopp å respektere hans eller hennes opplevelser. Ved å ikke tro på pasienten kan dette bli oppfattet som en krenkelse (Rosén, 2007, s. 54).

2.3 Postoperativ smerte

Postoperativ smerte kan primært defineres som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2009). I tillegg kommer smerter grunnet immobilitet og av det å være utsatt for trykkbelastning over tid. De fleste pasienter som skal opereres forventer at de vil få smerter postoperativt. God preoperativ forberedelse med informasjon om smerte og smertelindring, vil kunne hjelpe pasienten å mestre den kommende postoperative smerten (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Målet med den postoperative smertebehandlingen er å gi pasienten tilstrekkelig lindring slik at pasienten kan få skikkelig søvn og hvile, og etter hvert komme seg i aktivitet etter operasjon (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 437).

2.4 Protesekirurgi

Kirurgisk behandling av artrose i hofteledd og kneleddet innebærer ofte protesekirurgi. Denne formen for kirurgi kan ofte være smertefull og en ubehagelig opplevelse for pasienten. Artrose tilhører gruppen av revmatiske sykdommer, og er en degenerativ leddsykdom. Tilstanden innebærer at leddbrusken ødelegges, leddet blir gradvis mer ømt og stivt, beinvevet ved leddet forandres, som igjen fører til at strukturene rundt leddet er smertefulle. Artrose kan angripe alle ledd, men vanligst er vektbærende ledd som hofteledd (koksartrose) og kneledd (gonartrose). Målet med protesekirurgi er at pasienten skal bli smertefri, i tillegg til at bevegeligheten og stabiliteten i leddet skal bli god (Grønsløth & Roa, 2022b, s. 245-246).

2.5 Smertekartlegging og vurdering

Kartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieoppgave og er helt avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring. I arbeidet mot å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring må vi som sykepleiere ha informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet og hva den fører til av nedsatt funksjon, det vil si å beskrive smerten (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444).

For å kunne planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og tilpasset smertebehandling, er grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter det som danner grunnlaget. Det finnes

flere hjelpemidler en kan ta i bruk som for eksempel omfattende spørreskjemaer med ulike beskrivelser av smerter, til mer enkle skalaer der pasienten selv graderer smerten han opplever. Ulike vurderingsskjemaer/skalaer kan supplere hverandre i en beskrivelse av smertens kvalitet og styrke (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 445).

Smertevurderingsskjemaene/skalaene kan deles i to grupper:

- Endimensjonale skalaer som Visuell numerisk skala (NRS) som kun tar for seg måling av pasientens smerteintensitet.
- Flerdimensjonale skalaer måler både smerteintensiteten og hvordan smerten påvirker pasienten. For at en skala skal klare å gi innsikt i effekten av behandlingen, må den brukes regelmessig og markeringene må dokumenteres (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 445-446).

Velger å legge ved bilde og en kort beskrivelse av smertekartleggingsverktøyet NRS under punktet 4¹ i vedlegg.

Sykepleiere har også ansvar for å velge kartleggingsverktøy som er tilpasset den aktuelle pasienten. Som nevnt i punkt 1.3 (avgrensing og presisering), omhandler denne litteraturstudien voksne postoperative pasienter over 18 år som har gjennomgått protesekirurgi. Kartleggingsverktøy som er utarbeidet for pediatriske pasienter, barn eller kognitivt svekket pasienter, vil derfor ikke bli inkludert i denne litteraturstudien.

2.6 Postoperativ mobilisering

For pasienter som har gjennomgått protesekirurgi finnes det i større eller mindre grad en form for bevegelsesrestriksjoner. Sykepleiere må legge til rette for tidlig mobilisering innenfor gitte restriksjoner, da stor grad av immobilitet øker faren for komplikasjoner. Pasienter som har mye smerter og som er hemmet i sine bevegelser kan være en utfordring å mobilisere. Faktorer som solid kompetanse hos sykepleieren, god smertelindring og informasjon til pasienten er viktige faktorer for et godt behandlingsresultat av pasienter med skader i bevegelsesapparatet (Grønsløth & Roa, 2022b, s. 218).

I artikkelen til Booker et al. (2022) diskuterer forfatterne viktigheten av å inkludere vurdering

¹ Se vedlegg 4

av smerter under bevegelse og ikke bare i hvile. Artikkelen viser at ved smerter kan noen pasienter stoppe all bevegelse, mens andre kan presse seg gjennom smerten. Videre visere studien til at begge disse ytterpunktene vil kunne medfører risiko for skade. Immobilitet er også kjent for å forverre både smerte og bevegelighet hos pasienter (Booker et al., 2022, s. 24). Videre understreker artikkelen at det er viktig å merke seg om pasientene gjør noen tilpasninger når det gjelder å utføre en aktivitet, eller at de unngår visse bevegelser for å unngå/ redusere smerte. Ved å observere slike aktiviteter kan vi forstå pasientens vurdering av smerte og tolke smertens innvirkning på pasientens funksjon (Booker, et al, 2022, s. 26).

2.7 Postoperative komplikasjoner

Det er i den umiddelbare postoperative fasen hvor faren for komplikasjoner er størst. Sykepleierens evne til å vurdere pasienter som er spesielt utsatte, observere tidlige tegn på komplikasjoner og iverksette nødvendige forebyggende tiltak, er en stor del i forebyggingen av komplikasjoner (Holm & Kummeneje, 2009, s. 211-212). Ved protesekirurgi er proteseinfeksjon en fryktet komplikasjon, og dette kan oppstå både i bein eller ledd. Ca. 1 % av pasientene som får satt inn protese, må reopereres på grunn av en bakteriell infeksjon rundt protesen. Symptomer på slike infeksjoner er smerter. Smertene kan komme ved belastning og i hvile, og ved sent innsettende infeksjoner kan en i tillegg se nedsatt funksjon hos pasienten (Grønsløth & Roa, 2022b, s. 247).

2.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om utveksling av budskap mellom to eller flere aktører. Dette kan være mellom sykepleier og pasient, sykepleier og pårørende, sykepleier, pasient og pårørende eller sykepleier og kollegaer. I kommunikasjonsprosessen gir og mottar man informasjon, og bygger på gjensidighet mellom de involverte partene. Vi kan se på kommunikasjon som et system med spørsmål og svar der begge parter er med på å konstruere budskapet. Effektiv kommunikasjon er ikke bare hva sykepleieren sier eller gjør, det er også interaksjonen (samhandlingen) mellom sykepleieren og pasienten og eventuelt pårørende (Heyn, 2018, s. 14-15).

Det er pasienten som har førstehåndskunnskap om seg selv, og det er den viktigste kilden til informasjon. Dette kan knyttes direkte til selvrapporing ved smertevurdering. Ved å få frem

pasientens perspektiv, blir det mulig å oppnå en felles forståelse for hans/hennes situasjon. For å kunne oppnå å få frem pasientens perspektiv må det etableres en relasjon til pasienten. Når pasienten føler seg som en likeverdig del av samtalen, kalles det effektiv kommunikasjon. Gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient gir større sannsynlighet for at pasienten åpner seg (Heyn, 2018, s. 18-19).

Punkt 2 i NFS yrkesetiske retningslinjer påpeker at vi som sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients:

- verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp,
 - retten til å være medbestemmende og
 - retten til å ikke bli krenket
- (NSF, 2019).

Pasient- og brukerrettighetsloven påpeker også at pasienten har:

- rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.
 - Dette innebærer blant annet retten til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.
 - Medvirkningens form skal også tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon
- (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 2011, § 3-1).

I utførelse av behandling og igangsetting av tiltak til den postoperative pasienten som blir fremstilt i problemstillingen, har pasienten rett til å komme med egne ønsker, verdivalg og ferdigheter i forhold til sykepleien som skal utøves. Dette vil bidra til å gi pasienten større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2021, s. 245).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for metode, fremgangsmåten til funn av litteratur og forskningsartikler, samtidig som det vil presenteres søketabell og litteraturmatrise for en Artikkel. Det vil også bli gjort rede for metodekritikk og etikk i oppgaveskrivingen.

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en studie hvor man systematiserer kunnskap. Det vil si at en bygger opp oppgaven ved å samle inn kunnskap fra skriftlige kilder, kritisk vurdere den og sammenfatte alt. Hensikten med en slik systematisk fremgangsmåte er at leseren skal få en tilstrekkelig forståelse med oppdatert kunnskap som kan besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.2 Hva er metode

Ifølge Dalland er en metode et godt redskap en kan ta i bruk i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2020, s. 54). Metoden hjelper forskere i sitt arbeid med å samle inn informasjon og kunnskap som de kan bruke for å belyse en bestemt problemstilling. Problemstillingen og formuleringen av den legger føringer for hvilken metode som er mest hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 74). Det er i oppgaven benyttet forskningsartikler som anvender både kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvalitativ metode har som hensikt å innhente kunnskap om menneskelige opplevelser og meninger. Dette er data som ikke kan tallfestes. Kvantitativ metode har derimot på sin side hensikt om å samle målbare enheter og tall (Thidemann, 2019, s. 75-76).

I oppgaven har jeg valgt å inkludere begge metodene, ettersom de sammen kan gi en mer helhetlig forståelse for å belyse og besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2020, s. 54). De kvalitative forskningsartiklene tar føre seg sykepleiere og pasienters erfaringer og utfordringer knyttet til postoperativ smertekartlegging, mens de kvantitative sier noe om temaets viktighet og kan utdype kvantitative funn.

3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk

For å finne relevant forskning er det gjort systematiske søk i ulike databaser. Det vil si at søkene er knyttet til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 82). Før jeg gikk inn i de ulike søkedatabasene, ble PICO som verktøy brukt (problem, intervention, comparison, outcome). PICO gir deg struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2021). Ved å benytte PICO-skjema kan en identifisere søkeord og begreper som kan være nyttige å bruke i søket ditt. PICO hjelper deg også med hvordan en kan organisere og koble disse sammen til en søkestrategi. Det vil si hvordan en kan strukturere søket i de ulike databasene (Thidemann, 2019, s. 82). Ettersom det har blitt tatt i bruk internasjonale søkedatabaser som CINAHL, PubMed og Medline (Ovid) har jeg utarbeidet både engelsk og norsk PICO². Det har også blitt brukt avgrensinger som fagfellevurdert forskning og tidsavgrensning på forskningsartikler fra 2013-2023. Det vil si at alle artikler publisert før år 2013 er ekskludert for oppgaven. Dette er for å basere oppgaven på nyest mulig forskning, og forsikre at oppgaven er kunnskapsbasert. I noen av artiklene er selve forskningen riktignok gjort i perioder før år 2013, men publiseringsdato er fra år 2013 eller nyere.

I søkeprosessen ble det som nevnt tatt i bruk PICO for å danne gode søkeord som i databasene ble kombinert med «or» og «and». I starten prøvde jeg å søke bredt med få søkeord, hvor disse ble kombinert med «and». Dette var for å få en oversikt over forskning på det området oppgavens problemstilling utspiller seg i. Ved å søke bredt med få søkeord, var det vanskelig å finne konkret forskning som var relevant opp mot oppgavens problemstilling. Etter hvert i søkeprosessen begynte jeg å kombinere flere av søkeordene med «or», noe som åpnet for mer presise innfallsvinkler rettet mot oppgavens problemstilling og dens avgrensning. Dette gjorde at jeg fant forskjellige søkeordkombinasjoner som jeg kunne ta i bruk ved søk i databasene, og som gav treff på forskning jeg ser på som relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

Det har også blitt foretatt manuelle søk i Google Scholar hvor forskningsartikkelen av Sjøveian & Leegaard (2015) er funnet. Her ble det gjort litt bredere søk som gikk direkte på viktige begreper i problemstillingen. Ved å søke etter *forskningsartikler om protesekirurgi utgitt på norsk*, ble det gjort funn av artikkelen «Pasienters erfaringer med postoperativ

² Se vedlegg 1.

smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi» hvor artikkelen dukket opp som øverste treff. Artikkelen av Keast et al. (2022) ble jeg tipset om, og fant frem til artikkelen ved å søke etter tittel i Google Scholar.

Ved å benytte flere databaser kunne jeg sammenligne treff på artikler, hvor jeg fikk et større utvelgelsesmateriale for å finne tilstrekkelig med gode og relevante artikler. Før jeg valgte ut de forskjellige artiklene gjorde jeg meg en oversikt over artiklenes struktur og leste abstraktet for å vurdere om artiklene var relevante for oppgaven.

3.4 Søketabell og litteraturmatrise

Herunder viser jeg søketabell og litteraturmatrise for artikkelen av van Dijk et al. (2016). De resterende søketabellene³ og litteraturmatrisene⁴ finner man i «vedlegg».

3.4.1 – Søketabell 1

Søk i CINAHL 02.02.2023				Funn og Relevans
Nummer	Søkeord/term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)	
S1	Postoperative patients		1,207	Artikkelen “Postoperative patients’ perspectives on rating pain: A qualitative study” (van Dijk et al, 2016) ble funnet som artikkel nummer 4 i søk nr. 13 i databasen CINAHL via EBSCO host. Artikkelen er relevant da den belyser hvordan pasienter tildeler et tall på grunnlag av smertekartleggingsverktøyet NRS (Numerical Rating Scale) til deres nåværende
S2	Surgery, protheses		5	
S3	S1 or S2		2,438	
S4	Pain measurement		52,299	
S5	VAS		19,209	
S6	Pain scale		12,136	

³ Se vedlegg 3.

⁴ Se vedlegg 2.

S7	S4 OR S5 OR S6		67,814	postoperative smerte og hvilke hensyn som påvirker denne prosessen.
S8	Pain management		12,891	
S9	Pain measurement		52,299	
S10	S8 OR S9		63,400	
S11	S3 AND S7 AND S10		155	
S12		Published date 2013-2023	64	
S13		Peer reviewed	45	

3.4.2 – Litteratormatrise 1

Artikkel	Hensikt	Metode/data	Utvalg	Resultat
Postoperative patients' perspectives on rating pain van Dijk, J. F. M., Vervoort, S. C. J. M., van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016).	Utforske hvordan pasienter tildeler et tall på grunnlag av NRS til deres nåværende postoperative smerte og hvilke hensyn som påvirker denne	Kvalitativ metode Etisk godkjent	Det ble gjennomført en deskriptiv kvalitativ studie. For å få et mangfoldig utvalg ble 27 pasienter valgt målrettet ut med hensyn til kjønn, alder, etnisitet, tidligere smerteopplevelser	Tre hovedtemaer som påvirket hvordan pasientene tildelte deres NRS-score. Hovedtemaene var (1) faktorer rundt score, (2) intrapersonelle faktorer og (3) forventede konsekvenser av en oppgitt NRS-score.

	prosessen.		og tidligere erfaringer med å rangere en NRS-score.	
--	------------	--	---	--

3.5 Metodekritikk

3.5.1 Vurdering av egen oppgave

I oppgaven er det forsøkt tatt i bruk teori fra nyest mulig litteratur for å holde oppgaven mest mulig oppdatert. Ettersom jeg har inkludert sykepleieteoretiker McCaffery (1996) i oppgaven, har jeg valgt å bruke eldre litteratur i form av forfatterens primærkilde. Ved bruk av sekundærkilde eller annenhåndskilde, kan en risikere at det har skjedd endringer ved omtale eller i oversettelse av den primære kilden (Dalland, 2020). Dalland presiserer også at dersom du har med en forfatter som står sentralt i oppgaven din, bør du anstrenge deg i arbeidet for å benytte dens primære kilde (Dalland, 2020, s. 156).

Samtlige artikler inkludert i oppgaven er på engelsk. Ved å tolke artikler på et annet språk enn sitt eget morsmål kan gi utfordringer knyttet til oversettelse av språket, og ny fortolkning kan føre til at det opprinnelige budskapet endrer seg noe (Dalland, 2020, s. 156). Hvordan jeg velger å tolke artiklene kan være annerledes enn forfatterens intensjon, noe som da kan være med på å påvirke resultatet.

3.5.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kildekritikk går ut på å vurdere og karakterisere den litteraturen en har funnet. Hensikten med å ta i bruk kildekritikk er å gi leseren innsikt i de refleksjonene en har gjort seg rundt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse en bestemt problemstilling (Dalland, 2020, s. 152). Når en skal foreta kvalitetsvurderinger av forskningsartikler påpeker Thidemann (2019, s. 91) at en bør ta i bruk sjekklister, og nevner helsebiblioteket sine sjekklister. Sjekklister hjelper deg å vurdere om artiklene er troverdige og relevante for din problemstilling (Helsebiblioteket, 2021). For å kritisk vurdere artiklene har det blitt tatt i bruk helsebibliotekets sjekklister. For å vurdere de kvalitative artiklene har det blitt benyttet

sjekklister for kvalitativ studie, og for å vurdere artikkelen av Dequeker et al. (2018) som er en kvantitativ studie har det blitt brukt sjekklister for prevalensstudie. Ut ifra sjekklisene vurderes artiklene som troverdige, at de har et tydelige formål og at de vil kunne bidra i å svare på oppgavens problemstilling (Helsebiblioteket, 2021).

I søk etter artikler ble det ikke gjort noen avgrensninger i forhold til artiklens opphav. Den ene artikkelen som er inkludert i oppgaven er fra Jordan (Shoqirat et al., 2019). Ved å inkludere artikkelen er jeg klar over at Jordan har et styringssett som er veldig annerledes fra det norske og andre vestlige land, noe som kan ha innvirkning på resultatet. Jeg velger allikevel å inkludere artikkelen, da funn og resultater vurderes som relevante for problemstillingen.

3.5.3 Etikk i oppgaveskriving

I (Dalland, 2020, s. 169) står det at etikk omhandler normene for riktig og god livsførsel, hvor etikken også skal veilede og gi grunnlag for oss mennesker når vi er stilt ovenfor vanskelige avgjørelser. Når vi snakker om forskningsetikk så er dette et område av etikken hvor en må vurdere forskningen opp mot samfunnets normer og verdier, hvor forskningsetikken også handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning, ikke blir påført unødvendige belastninger. For å sikre at de forskningsetiske normene blir ivaretatt, finnes det ulike forskningsetiske komiteer som skal gi råd og veiledning til studenter og forskere (Dalland, 2020, s. 168). Samtlige artikler inkludert i oppgaven er blitt godkjent av en forskningsetisk komité eller hos institusjonen hvor studien er gjennomført. Ved all helsefaglig forskning hvor det involveres mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra forskningsetisk komité (Dalland, 2020, s. 171). Ettersom denne oppgaven bygger på tidligere forskning og teori, er det jobbet målrettet for riktig referering til kilden hvor informasjon er funnet, dette for at oppgaven skal kunne regnes som akademisk redelig.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres de benyttede artiklene, deres metode, resultater og funn. Til slutt vil det bli presentert en samlet analyse av studiene som er inkludert.

4.1 Artikkel 1 – van Dijk et al.

Tittel: Postoperative patients' perspectives on rating pain

Forfatter, år: van Dijk, J. F. M., Vervoort, S. C. J. M., van Wijck, A. J. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016).

Sammendrag:

van Dijk et al. (2016) gjennomførte en deskriptiv kvalitativ studie hvor pasienter var kvalifisert for seleksjon hvis de var operert dagen før, og opplevde postoperative smerter med en rapportert NRS-skår på minst fire. For å lage et mangfoldig utvalg ble 27 pasienter valgt målrettet ut med hensyn til kjønn, alder, etnisitet, tidligere smerteopplevelser og tidligere erfaringer med å rangere en NRS-skår. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte dybdeintervjuer en dag etter operasjon. Det ble brukt individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode. Hensikten med studien var å utforske hvordan pasienter tildeler et tall på grunnlag av NRS til deres nåværende postoperative smerte, og hvilke hensyn som påvirker denne prosessen. Resultatet viste at det var tre hovedtemaer som påvirket hvordan pasientene tildelte deres NRS-skår. Hovedtemaene var (1) faktorer rundt skår, (2) intrapersonelle faktorer (faktorer som finnes i individet selv og som påvirker deres atferd og opplevelser), og (3) forventede konsekvenser av en oppgitt NRS-skår. Studiens konklusjon viser at det er flere pasienter som anser en NRS-poengskår på fire, fem og seks som overkommelige og ikke trenger noe analgetika (smertestillende midler). Det er derfor nødvendig å kommunisere med pasientene utover den NRS-skåren som pasienten tildeler. Studien identifiserte også flere elementer i den underliggende prosessen (f.eks. tidligere smerteopplevelser, å være hard mot seg selv, grunnleggende mistillit til helsepersonell, og variasjoner i tidspunktet for opioider) hvorpå pasienter oversetter akutte postoperative smerter til en rangering på NRS. Å kjenne til disse faktorene kan hjelpe helsepersonell til å forstå den komplekse prosessen hvorpå pasienter tildeler smertepoeng og faktorene som påvirker

poengene som til slutt rapporteres til dem (van Dijk et al., 2016, s. 260-269).

4.2 Artikkel 2 – Dequeker et al.

Tittel: Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management

Forfatter, år: Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018).

Sammendrag:

Dequeker et al. (2018) gjennomførte en kvantitativ tverrsnittstudie som omfattet et universitetssykehus og et vanlig sykehus. Studien ble gjennomført i perioden oktober 2012 – april 2013, med data samlet inn fra totalt 35 avdelinger. Hensikten med studien var å undersøke om sykepleieres vurderinger av pasienters smerteintensitet og relaterte barrierer for smertebehandling stemmer overens med pasientenes egne rapporteringer. Både pasienter og sykepleiere brukte NRS-skalaen som utgangspunkt for å vurdere pasientenes smerteintensitet. Resultatene viste moderat overensstemmelse mellom pasienter og sykepleiere for vurdering av smerteintensitet, men også at sykepleierne i noe grad undervurderte pasientenes betydning for smertebehandlingen. Studiens konklusjon er at sykepleiere bør oppfordres til å aktivt utforske pasientrelaterte barrierer for smertebehandling, og at de bør inkludere pasienters egenrapportering av smerte i større grad, dette i sammen med sine egne vurderinger av pasientens smerte. Sykepleiere bør også oppfordres til å innføre rutiner for smertekartlegging, hvor dette må forklares for pasientene (Dequeker et al., 2018, s. 160-171).

4.3 Artikkel 3 – Sjøveian & Leegaard

Tittel: Pasienters erfaringer med postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi

Forfatter, år: Sjøveian, A., & Leegaard, M. (2015).

Sammendrag:

Hensikten med studien til Sjøveian & Leegaard (2015) var å beskrive hvordan pasientene opplevde å medvirke i smertebehandlingen etter hofte- og kneprotesekirurgi. Studien ble

utført ved hjelp av et kvalitativt beskrivende design, der ti pasienter ble intervjuet tre dager etter operasjonen. Resultatene viste at selv om ikke alle pasientene var optimalt smertelindret under mobiliseringen, så valgte de fleste å fullføre opptreningsprogrammet. Pasientene viste også ulike oppfatninger av smerterapportering, og gav uttrykk for at det var uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy. Studiens konklusjon viser at det er behov for videre forskning for å kartlegge pasientenes erfaringer med smerte og smerterapportering der det forventes en aktiv deltakelse i både mobilisering og smerterapportering. Dette gjelder både under og etter sykehusopphold (Sjøveian & Leegaard, 2015, s. 1-22).

4.4 Artikkel 4 – Keast et al.

Tittel: Impact of pain on postoperative recovery and participation in care following knee Arthroplasty surgery: A qualitative descriptive study

Forfatter, år: Keast, M., Hutchinson, A. F., Khaw, D., & McDonall, J. (2022).

Sammendrag:

Keast et al. (2022) gjennomførte en utforskende-deskriptiv kvalitativ studie som involverte semistrukturerte intervjuer. Deltakerne var 120 voksne pasienter som hadde gjennomgått total kneartroplastikk (TKA) ved en privat helseklinikk, hvor de fikk standard behandling. For å gi pasientene tilstrekkelig mulighet til å delta i egen behandling, ble intervjuer og smertedata samlet inn på tredje postoperative dag. Den akutte smerten ble vurdert ved hjelp av Numerical Rating Scale (NRS), og flesteparten av de 120 deltakerne rapporterte om alvorlig smerte på dag tre etter operasjonen. Hensikten med studien var å undersøke pasientenes oppfatninger om smertens innvirkning på akutt rehabilitering etter TKA, og hindringer samt faktorer som påvirker pasientenes deltakelse i smertehåndteringen. Studien identifiserte to hovedtemaer: (1) pasientenes opplevelse av smerte etter operasjonen og (2) pasientenes deltakelse i smertehåndteringen. Pasientenes smerteopplevelse ble tolket som preget av variasjon i smertens egenskaper, ukontrollerbare smerter og påvirkninger fra forventninger før operasjonen. Pasientdeltakelse var preget av avhengighet av tidligere instruksjoner fra helsepersonell, begrenset kunnskap, manglende fremme av ikke-farmakologiske strategier og suboptimal kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Studiens konklusjon var at det er klare fordeler ved pasientdeltakelse i smertehåndtering, men det er fortsatt behov for å gi pasientene tilstrekkelig kunnskap og mulighet til å ta en aktiv rolle i egen utvinning (Keast et

al., 2022, s. 541-547).

4.5 Artikkel 5 – Shoqirat et al.

Tittel: Nursing Documentation of Postoperative pain Management: A Documentary Analysis

Forfatter, år: Shoqirat, N., Mahasneh, D., Dardas, L., Singh, C. & Khresheh, R. (2019).

Sammendrag:

Hensikten med studien til Shoqirat et al. (2019) var å analysere sykepleiedokumentasjon av smertebehandling blant postoperative pasienter i Jordan. Dette er en retrospektiv studie hvor det er tatt i bruk en kvalitativ dokumentarisk analysemetode, hvor et målrettet utvalg av 80 journaler ble re-gjennomgått, og totalt 720 sykepleiejournaler ble analysert. Shoqirat et al. (2019) ser på riktig dokumentasjon av smerte for postoperative pasienter som avgjørende for å fremme pasientenes helseutfall. Analysen avdekket at sykepleiernes dokumentasjon av smertebehandling var begrenset, vag, ufullstendig og i stor grad basert på sykepleiernes subjektive vurdering. Det ble også observert at flere av de dokumenterte målene var lite spesifikke, lite målbare og uten tidsramme. Studiens konklusjon var at dokumentasjonsmønstrene avdekket mangel på proaktiv og systematisk tilnærming til smertevurdering og smertebehandling. Det var også lite dokumenterte bevis på sykepleiernes innsats for å evaluere effektiviteten av smertebehandlingsintervensjoner. Funn kan ha viktige implikasjoner for standardisering av dokumentasjon av smertevurdering, intervensjon og evaluering (Shoqirat et al., 2019, s. 279-284).

4.6 Samlet analyse av artiklene

Smertebehandling er et komplekst tema som kan påvirkes av mange faktorer, dette både hos pasient og sykepleiere. Kommunikasjon, kunnskap, og klare rutiner for smertekartleggingsverktøy samt god dokumentasjon er viktige faktorer i smertekartleggingen og kan være avgjørende for å sikre tilstrekkelig smertebehandling.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg, ved hjelp av ovennevnte litteratur og forskningsartikler, forsøke å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere på en ortopedisk avdeling bidra til god postoperativ smertekartlegging av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi?*

Ved fordypning i teori og artikler, er inntrykket mitt at tilstrekkelig og god smertekartlegging postoperativt bør bestå av flere faktorer. Kartlegging og vurdering av postoperative smerter er viktige sykepleieoppgaver, og er helt avgjørende for å kunne gi den opererte pasienten tilfredsstillende smertelindring som trengs i postoperativ fase (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444).

5.1 Smertekartlegging og vurdering

Smerte er en subjektiv følelse, og det kan være vanskelig for helsepersonell å vite hvor mye smerte en pasient opplever uten direkte kommunikasjon med pasienten (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 439). Smertekartlegging er viktig for å forstå pasientens smertenivå. Ved å vite nøyaktig hvor mye smerte pasienten opplever, kan behandlingen tilpasses pasientens individuelle behov. Smertekartlegging kan også være nyttig for å overvåke smertenivået over tid. Dette kan hjelpe til med å vurdere effekten av behandlingen og justere den om nødvendig. Postoperativ smertekartlegging gir helsepersonell mulighet til å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og tilpasset smertebehandling (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444-445).

Sett fra en annen side kan det også forekomme ulemper i smertekartleggingen. Noen pasienter kan for eksempel føle seg presset til å rapportere høyere eller lavere smertenivåer enn det de faktisk opplever. I studien til van Dijk et al. (2016) kom det frem at smerteskåren noen ganger ble basert og justert etter det pasientene trodde var sykepleiernes forventninger. Pasientene skal ha vurdert hvilken smertebehandling de kunne forvente som et resultat av deres smerteskår. Noen pasienter ønsket også å oppfylle forventningene til helsepersonellet, og vurderte hva som ville være den mest sosialt akseptable smerteskåren (van Dijk et al, 2016, s. 263). Sjøveian & Leegaard (2015) uttrykker også at deltakerne hadde en egen forståelse av NRS-skalaen, hvor de hadde egne kriterier for å be om smertestillende. Smerter ble derfor rapportert ut ifra ulike kriterier for hva som var et akseptabelt smertenivå, og det var pasienter

som aksepterte sterkere smerter enn andre. Der deler av deltakerne var tilbakeholdne i selvrapportering av smerte, var andre bevisste på sitt ansvar ved selvrapportering, og rapporterte om smerte både ved hjelp av NRS-skala og verbale beskrivelser. Personavhengige forhold og ulike oppfatninger hos pasientene angående selvrapportering kan være faktorer som kan spille en rolle i pasientdeltakelse ved smertebehandling (Sjøveian & Leegaard, 2015, s. 11-13). Studier belyser at intrapersonelle faktorer, tidligere erfaringer og pasientrelaterte barrierer også har betydning for hvordan pasienter tildeler en skår ved bruk av NRS-smerteskala (van Dijk et al, 2016, s. 261). (Dequeker et al, 2018, s. 169).

van Dijk et al. (2016) fremhever videre at den NRS-skåren som pasienten oppgir ikke er et absolutt tall, og at sykepleierens jobb ikke er ferdig etter at pasienten har oppgitt sin smerteskår. Videre bør sykepleieren kommunisere med pasienten for å forstå betydningen av den oppgitte summen uten å virke dømmende. Pasienter kan nemlig ha egne tolkninger av smerteskalaen og hva som bør indikere behovet for ytterligere smertelindring (van Dijk et al, 2016, s. 268).

Resultater fra studien til Dequeker et al. (2018) viser at sykepleierne i noen grad undervurderte pasientenes betydning for smertebehandlingen. En slik undervurdering tror jeg kan føre til at pasienten føler seg presset til å rapportere høyere smerteskår enn det de har. At pasientene rapporterer høyere smertenivåer enn det de faktisk opplever, kan videre føre til overbehandling av pasienter. Noe som igjen fremmer risiko for bivirkninger. På den andre siden kan underrapportering av smerte risikere underbehandling og at den postoperative mobiliseringen blir redusert- og eller forsinket.

5.2 Bruk av smertekartleggingsverktøy

Danielsen & Berntzen (2022a) uttrykker at sykepleiere generelt er for dårlige til å ta i bruk systematiske hjelpemidler som for eksempel en NRS-skala i kartleggingen av pasienters smerter. Hvorfor sykepleiere velger å ikke bruke vurderingsskjemaer kan skyldes at kartleggingen rett og slett krever for mye tid (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 438-439). Det at smertekartlegging krever mye tid er også noe jeg har erfart i praksis. Smertekartlegging er tidskrevende, spesielt ved en ortopedisk avdeling hvor det er mange pasienter som skal kartlegges. Mine erfaringer er at tidkrevende oppgaver gir økt arbeidsbelastning i en også ellers travel hverdag. Det er også erfart at det til tider er vanskelig å få kartlagt enkelte

pasienter, spesielt rett etter en operasjon, ettersom dette er en «krevende» tid for pasientene hvor de også kan være påvirket av anestesi. Erfaringsmessig bør en som sykepleier vente med pasientkommunikasjon til anestesi avtar, og at en i denne perioden bør basere smertekartleggingen på egne observasjoner, vurderinger og vitale målinger.

Sjøveian & Leegaard (2015) viser til at flere av deltakerne gav uttrykk for at det var uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy ved den aktuelle ortopediske sengeposten. Kun halvparten av deltakerne fremhevet at sykepleierne ofte brukte NRS-skalaen i smertekartleggingen, og noen av deltakerne formidlet også at kriteriene for bruken var uklare ved selvrapporing. Noen deltakere syntes også NRS-skalaen var vanskelig å forstå ettersom det var mange nivåer en skulle vurdere egen smerte ut ifra (Sjøveian & Leegaard, 2015, s. 11-12). Dette samsvarer med studien til van Dijk et al. (2016), hvor pasientene opplevde vanskeligheter ved vurdering av egne smerter ettersom de følte at de hadde en «unik» smerteopplevelse. Deltakerne uttrykte at det var vanskelig å forklare andre hvilken smerte de følte da alle opplever smerte forskjellig, og derfor vil tilordne sin egen verdi på en skala fra 0-10 (van Dijk, 2016, s. 263). Ut ifra hva artiklene til Sjøveian & Leegaard (2015) og van Dijk et al. (2016) belyser, tenker jeg det trengs opplæring i bruk av kartleggingsverktøy, både hos pasient og sykepleier. Lik bruk av verktøyene krever nemlig lik opplæring og samme forståelse av bruken. På en annen side har jeg forståelse for at denne opplæringen kan være vanskelig å få til i en ellers travel hverdag, og spesielt når det kan være mye vikarer, studenter og nytilsatte (ofte ved at ansatte bytter jobb) som jobber ved den ortopediske avdelingen.

Til tross for de nevnte utfordringene ved bruk av NRS-skalaen blant deltakerne, vurderer van Dijk et al. (2016) at NRS-verktøyet bør anbefales i sykepleieres kliniske praksis for å vurdere pasienters smerte. Standardisering av kartleggingsverktøy kan gi en bredere forståelse av pasientens situasjon hos alle involverte fagpersoner (van Dijk et al, 2016, s. 268). Ut ifra dette tenker jeg at det er viktig med en felles forståelse mellom sykepleier og lege, ettersom det er legen som forordner det medikamentelle i smertebehandlingen. En felles forståelse av pasientens situasjon mellom alle fagpersoner tror jeg kan minske risiko for usikkerhet og feil i smertebehandlingen.

5.3 Pasientens rolle i postoperativ smertekartlegging og vurdering:

Inkludering av pasientene i smertekartlegging og vurdering av smertebehandlingen er viktig

for å kunne gi god og tilstrekkelig smertebehandling ettersom det er pasienten som har førstehåndskunnskap om seg selv, der vi ut ifra belyst forskning og teori bør kunne regne pasienten som en av helsepersonellens viktigste kilder til informasjon (Heyn, 2018, s. 18-19).

Kristoffersen (2021) sier at ved å etablere en relasjon til pasienten kan en oppnå det å fremme pasientens perspektiv på smertebehandlingen (Kristoffersen, 2021, s. 245). van Dijk et al. (2016) vurderer mistillit mellom pasient og sykepleier som noe som kan utvikle seg til å bli en underliggende årsak for hvordan pasienter klarer å delta i den komplekse prosessen som smertekartlegging er. Skulle det oppstå mistillit mellom pasient og sykepleier kan dette være utslagsgivende for hvordan pasienter tildeler smertepoeng og de faktorene som påvirker poengene som til slutt rapporteres til helsepersonellet (van Dijk et al, 2016). Det er først når pasienten føler seg som en likeverdig del av samtalen, vi kan begynne å snakke om tilstrekkelig pasientdeltakelse bestående av effektiv kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Ved å oppnå tillit mellom sykepleier og pasient, er det også større sannsynlighet for at pasienten åpner seg (Heyn, 2018, s. 18-19).

Siden smerte er en subjektiv opplevelse må vi som sykepleier vise forståelse og tro på den smertevurderingen pasienter gir (Nortvedt, 2016c, s. 178). Det betyr å respektere hans eller hennes opplevelser av egen smerte, og ved å ikke tro på pasienten kan dette bli oppfattet som en krenkelse (Rosén, 2007, s. 54). Klarer vi som sykepleiere å etablere en relasjon til- og inkludere pasienten i smertebehandlingen vil dette kunne bidra til å gi pasienten større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (Kristoffersen, 2021, s. 245). Egne erfaringer tilsier at det er viktig å balansere mellom pasientenes subjektive mening og de observasjoner og vurderinger vi som sykepleiere gjør. Pasientens rolle må ikke blir for «sterk» slik at det kan forekomme avhengighetsproblematikk, og ikke for «svak» slik at det ender opp med underbehandling av pasientene. I studien til Keast et al. (2022) kommer det frem at pasientdeltakelse i smertehåndteringen var avhengig av instruksjoner fra helsepersonellet, fordi pasientene hadde begrenset forkunnskap med tanke på en aktiv rolle i smertebehandling.

Pasientdeltakelse blir ofte sitert som en indikator av levering av smertebehandling av høy kvalitet, men på grunn av begrenset kunnskap hos pasientene kan dette utgjøre en barriere for effektiv pasientmedvirkning (Keast et al, 2022, s. 546). Som nevnt tidligere er proteseinfeksjon en fryktet komplikasjon etter protesekirurgi (Grønsløth & Roa, 2022b). Sykepleier må informere om eventuelle symptomer og hva en skal se etter selv som pasient. Symptomer ved proteseinfeksjoner er ofte smerter. Ved at pasienten har kunnskap om at disse

smertene kan komme både ved belastning og i hvile, og at en infeksjon kan være grunnen til plutselig nedsatt funksjon, kan slik rapportering fra pasient til sykepleier redusere risikoen for postoperative infeksjoner (Grønsløth & Roa, 2022b, s. 247). Det er viktig at sykepleiere ikke forventer at pasientene har all nødvendig kunnskap for å kunne ta en aktiv rolle i pasientmedvirkningen. Ved at vi som sykepleiere forventer at det er pasientenes ansvar å kontakte helsepersonellet ved eventuelle smerter, kan vi risikere at pasienter ikke får den behandlingen som er nødvendig for å sikre rask og god rehabilitering. Som konsekvens av dette tror jeg at en kan risikere underbehandlende pasienter, postoperative komplikasjoner og lengre sykehusopphold.

For å unngå at pasientens rolle blir for «sterk» eller «svak», mener jeg sykepleiere bør bli bedre på å inkludere bruk av smerteskalaer, gi individuell tilpasning av behandling, overvåking av smertelindring og at pasientene får tilstrekkelig opplæring om smerte. Jeg tror dette kan sikre en felles forståelse av pasientens smerteopplevelse, og hjelpe til med å gi trygg og god smertebehandling.

5.4 Smerte ved bevegelse og hvile

I smertekartleggingen av postoperative pasienter må vi som sykepleiere huske å inkludere vurdering av smerte under bevegelse, og ikke bare vurdere de smerter pasientene har i hvile (Booker et al, 2022, s. 22). Det kommer frem i studien til van Dijk et al. (2016) at når pasientene ble spurt om hvordan de tildeler et tall på NRS-skalaen, så svarte pasientene at de stort sett tildelte et annet tall til smertene sine ved bevegelse enn ved hvile. De fleste pasientene tildelte en NRS-skår på under fire i hvile, og en NRS-skår over seks eller syv ved bevegelse. Noen av pasientene vurderte smertene de hadde ved bevegelse som uutholdelige, og valgte derfor å bevege seg kun om det var nødvendig. Det kom også frem at pasientene godtok en kort periode med smerter ved bevegelse og ønsket ikke ytterligere smertestillende for så korte, men alvorlige smerteepisoder (van Dijk et al, 2016, s. 264). Dette stemmer overens med studien gjort av Sjøveian & Leegaard (2015) der det også kommer frem at flere av deltakerne erfarte smerter ved bevegelse første og andre postoperative dag, der NRS-verdien kunne ligge en plass mellom fem og åtte (Sjøveian & Leegaard, 2015, s. 8). Ved smerter kan noen pasienter stoppe all bevegelse, mens andre kan presse seg gjennom smerten. Begge disse ytterpunktene vil kunne medføre risiko for skade (Booker et al, 2022, s. 24). I lys av kunnskap jeg har tilegnet meg fra å være student ved ortopedisk avdeling, er at unngåelse av aktivitet vil

kunne føre til muskelsvinn og redusert kardiovaskulær (hjerne- og kar) helse for pasientene. Ved at pasientene presser seg gjennom smerte ved mobilisering vil kunne medføre blødning eller hevelse ved overanstrengelse. Dette kan videre føre til et åpent sår som gir større risiko for infeksjon. Det å presse seg gjennom smertene sine vil også kunne medføre langsommere og mer smertefull rehabilitering for pasientene.

På en annen side erfarte noen av deltakerne i studien til Keast et al. (2022) at mobilisering og aktiv deltakelse i treningshabiliteringsprogrammet var en effektiv måte å lindre stivheten i det nye leddet. Pasientene bemerket seg at kneet stivner til når det ikke blir brukt aktivt i den postoperative fasen (Keast et al, 2022, s. 545). Grønsløth & Roa (2022) underbygger dette med å si at målet med protesekirurgi er at pasienten skal bli smertefri, i tillegg til at bevegeligheten og stabiliteten i leddet skal bli god (Grønsløth & Roa, 2022b, s. 245-246). Sett i lys av dette er tidlig mobilisering for pasienter som har gjennomgått protesekirurgi essensielt for å oppnå tilstrekkelig smertelindring, god stabilitet og bevegelighet i det nye leddet (Keast et al, 2022). (Grønsløth & Roa, 2022).

5.5 Kommunikasjon til pasienter med smerte

Erfaringer hentet fra praksis er at pasienter kan være redde for å ta kontakt med sykepleier eller annet helsepersonell i forhold til smertebehandlingen. Det er derfor viktig at sykepleiere kommuniserer hva som er målet med smertelindringen. De fleste pasienter som skal opereres forventer at de vil få postoperative smerter. Det vil derfor være viktig med god preoperativ forberedelse som omhandler smerte og smertelindring, da dette vil kunne hjelpe pasienten å mestre den kommende postoperative smerten (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Det er også viktig å presisere at det hverken er ønskelig eller riktig å utholde smerter. For å komme i mål med smertelindringen er det viktig at pasienten har informasjon om at en bør si ifra før smertene blir for sterke. Dette bør pasientene få informasjon om i den preoperative fasen, samtidig som sykepleierne bør gjenta denne informasjonen postoperativt (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 456).

Hofte- og kneprotesekirurgi er i stor grad elektive operasjoner, der muligheten for informasjon i forkant er til stede. Sykepleiere bør blant annet gi grundig informasjon om smertekartleggingsverktøy, postoperative smerter og plan for rehabilitering. Dette mener jeg ivaretar pasientens lovfestede medbestemmelsesrett, og det øker pasientens forståelse for viktigheten av selvrapporing av smerter i den postoperative fasen (Pasient- og

Brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Deltakerne i studien til Sjøveian & Leegaard (2015) framhevet nytten av å ha en preoperativ informasjonsdag. Blant annet husket flere av deltakerne at viktigheten av å rapportere smerten før den ble for sterk ble presisert, og at optimal smertelindring var en forutsetning for god opptrening etter hofte- og kneprotesekirurgi (Sjøveian & Leegaard, 2015, s. 13). Keast et al. (2022) underbygger også behovet for å sikre mer kunnskap til pasientene, da studien trekker frem at pasientdeltakelse i egen smertebehandling var preget av begrenset kunnskap og suboptimal kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell (Keast et al, 2022, s. 546).

I studien til Keast et al. (2022) ble det pekt på flere utfordringer i forhold til kommunikasjon. Flere av deltakerne opplevde å føle seg snakket nedlatende til, og at de mottok kryssende beskjeder fra helsepersonellet. En deltaker i studien uttalte at en sykepleier hadde stilt spørsmål ved smerteskåren hans på ni/ti på NRS-skala, ved å si «du ser ikke ut til å ha så mye smerte, ni er et stort tall» (Keast et al, 2022, s. 545). Ved å fremstå tvilende til pasienten avviker en fra punkt 2 i NFS yrkesetiske retningslinjer. Ifølge punkt 2 i NFS yrkesetiske retningslinjer skal vi som sykepleiere ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Dette innebærer også retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (NSF, 2019).

5.6 Dokumentasjon – en viktig del av tilstrekkelig smertekartlegging

Studien til Shoqirat et al. (2019) avdekket at sykepleiernes dokumentasjon ved smertebehandling var begrenset, vag, ufullstendig og i stor grad basert på sykepleiernes subjektive vurdering. Det ble også observert at flere av de dokumenterte vurderingene var lite spesifikke, lite målbare og uten tidsramme. Ved å ikke dokumentere og spesifisere mål for den postoperative smertebehandlingen, kan det ha negativ innvirkning på pasientens helseutfall, pasienttilfredshet og selve kvaliteten på behandlingen (Shoqirat et al, 2019, s. 282-283). Store deler av dokumentasjonen som omhandlet postoperativ smerte (60%) viste at sykepleierne hadde en tendens til å understreke at pasientene opplevde smerter i den postoperative fasen. Disse opplevelsene ble ofte beskrevet med liten oppmerksomhet til smertens natur, dens plassering og varighet (Shoqirat et al, 2019, s. 281). Problemet Shoqirat et al. (2019) belyser står i motsetning til hva Danielsen & Berntzen (2022a) anbefaler med sin teori. I arbeidet mot å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring må sykepleiere ha informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet og hva den

fører til av nedsatt funksjon (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 444). Ut ifra dette kan vi si at mangelfull bruk av dokumentasjon kan være til hinder for å nå god postoperativ smertebehandling, og at det videre kan ha innvirkning på pasientens helseutfall og pasienttilfredshet (Shoqirat et al, 2019). (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 438-439).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å drøfte hvordan sykepleiere på en ortopedisk avdeling kan bidra til god postoperativ smertekartlegging av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi.

Smertekartlegging er en viktig sykepleieoppgave og er avgjørende for å gi tilstrekkelig smertebehandling til postoperative pasienter. Viktige faktorer som kan danne grunnlaget for tilstrekkelig smertebehandling er å bruke smertekartleggingsverktøy som NRS-skalaen, oppfordre og bidra til pasientdeltakelse, sikre tidlig mobilisering, sikre tilstrekkelig kommunikasjon til pasienten, og dokumentere all kartlegging.

Teori og studier viser imidlertid at sykepleiere kan ha ulike utfordringer med å implementere smertekartleggings skjemaer, og noen pasienter kan også ha vanskeligheter med å forstå og bruke smertekartleggingsverktøy. Det kommer også frem at det er klare fordeler med pasientdeltakelse i smertehåndtering, men det er fortsatt behov for å gi pasientene tilstrekkelig kunnskap og mulighet til å ta en aktiv rolle i egen utvinning. Det er derfor viktig at sykepleiere bruker sin faglige kompetanse til å tilpasse smertekartleggingsprosessen til hver enkelt pasients behov og forståelse. Det vil videre bidra til at sykepleierne har en bedre forståelse av pasientens smerteopplevelse og dermed kan gi bedre omsorg og behandling.

Gjennom oppgaven kommer det frem at god smertekartlegging er en viktig del av postoperativ pleie av pasienter som har gjennomgått protesekirurgi. Det er viktig at sykepleiere er bevisste på utfordringene og tar i bruk tilgjengelige verktøy og tilpasser kartleggingen etter hver enkelt pasients behov. Ved å sikre god smertekartlegging kan pasienter få tilstrekkelig smertebehandling og en bedre rehabiliteringsprosess etter operasjonen.

Referanseliste

- Berntzen, H., Dåvøy, G., Eide, P., & Leonardsen, A-C, L. (2022). Perioperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 359-435). Gyldendal.
- Booker, S., Arnstein, P. F., & van Boekel, R. (2022). CE: Assessing Movement-Evoked Pain. *AJN American Journal of Nursing*, 122(3), 20–28.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000822656.14887.1f>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. (2022). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal.
- Dequeker, S., Van Lancker, A., & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 160-171. <https://doi.org/10.1111/jan.13395>
- Grønseth, K. L., Roa, E. (2022). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 217-258). Gyldendal.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 13-29). Gyldendal.
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie* (2 utg.). Fagbokforlaget.
- Keast, M., Hutchinson, A. F., Khaw, D., & McDonall, J. (2022). Impact of Pain on Postoperative Recovery and Participation in Care Following Knee Arthroplasty Surgery: A Qualitative Descriptive Study. *Pain Management Nursing*, 23(4), 541–547.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.11.011>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleierens ansvar og arbeidsområde i helsetjenesten. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E., Steindal, S.A., Grimsbø, G. H. (red). *Grunnleggende sykepleie fag og profesjon* (s. 193-265, 3. utg., 4. opplag.). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasertpraksis.no (2021. 17. September). Kunnskapsbasert praksis.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Nasjonalt Register for Leddproteser. (2022). Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak. Kvalitetsregistre.no.
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-09/%C3%85rsrapport%202021%20Nasjonalt%20Leddproteseregister%202021.pdf>

Nortvedt, F. (2016) Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 168-185). Gyldendal.

NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. I NSF. Hentet 09. mars 2023 fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Numeric Rating Scale. [Photograph]. Hentet fra e-Håndbok. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Rosén, G. (2007). Finnes smerten et sted?. I A. Aambø (Red.), *Smertes: smerteopplevelse og atferd* (s. 50-59). Cappelen Forlag AS.

Shoqirat, N., Mahasneh, D., Dardas, L., Singh, C., & Khresheh, R. (2019). Nursing Documentation of Postoperative Pain Management: A Documentary Analysis. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 279-284.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000372>

Sjøveian, A., & Leegaard, M. (2015). Pasienters erfaringer med postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 168-174. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54454>

Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2016a). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff

(Red.), *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 390-407).
Oslo: 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*, 53, 260-269.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Pico-skjema:

PICO-skjema til systematisk søk (Engelsk)

Population/ Patients / Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Postoperative patients	Pain measurement		Pain management
Prothese surgery	Communication		Pain measurement
Surgical patients	VAS		Pain relief
Surgery, prothese	NRS		
Postoperative pain	Pain scale		

PICO-skjema til systematisk søk (Norsk)

Populasjon / pasient / problem	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Postoperative pasienter	Smertekartlegging		Smertebehandling
Protesekirurgi	Kommunikasjon		Smertekartlegging
Kirurgiske pasienter	VAS (visuell analog skala)		Smertelindring
Postoperative smerter	NRS (numeric rating scale)		

Litteratormatrise 3

Artikkel	Hensikt	Metode/data	Utvalg	Resultat
<p>Pasienters erfaringer med postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi</p> <p>Sjøveian, A., & Leegaard, M. (2015).</p>	<p>Beskrive hvordan pasientene opplevde å medvirke i smertebehandlingen etter hofte- og kneprotesekirurgi</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Etisk godkjent</p>	<p>Kvalitativt beskrivende design, 10 pasienter ble intervjuet tre dager etter operasjonen.</p>	<p>Resultatene viste at selv om ikke alle pasientene var optimalt smertelindret under mobiliseringen, så valgte de fleste å fullføre opptreningsprogrammet. Pasientene viste også ulike oppfatninger av smerterapportering, og gav uttrykk for at det var uklare rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøy.</p>

Litteratormatrise 4

Artikkel	Hensikt	Metode/data	Utvalg	Resultat
<p>Impact of pain on postoperative recovery and participation in care following knee Arthroplasty surgery: A qualitative descriptive study</p>	<p>Undersøke pasientenes oppfatninger om smertens innvirkning på akutt rehabilitering etter kneartroplastikk (TKA), og hindringer og faktorer som påvirker</p>	<p>Kvalitativ metode / utforskende-deskriptiv</p>	<p>120 voksne pasienter som hadde gjennomgått total kneartroplastikk (TKA) ved en privat helseklinikk</p>	<p>Identifiserte to hovedtemaer: (1) pasientenes opplevelse av smerte etter operasjonen og (2) pasientenes deltakelse i smertehåndteringen.</p> <p>Pasientenes smerteopplevelse ble tolket som preget av variasjon i smertens</p>

Keast, M., Hutchinson, A. F., Khaw, D., & McDonall, J. (2022).	pasientenes deltakelse i smertehåndteringen.	Etisk godkjent		egenskaper, ukontrollerbare smerter og påvirkninger fra forventninger før operasjonen. Pasientdeltakelse var preget av avhengighet av tidligere instruksjoner fra helsepersonell, begrenset kunnskap, manglende fremme av ikke- farmakologiske strategier og suboptimal kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.
---	--	-------------------	--	--

Litteratormatrise 5

Artikkel	Hensikt	Metode/data	Utvalg	Resultat
Nursing Documentation of Postoperative pain Management: A Documentary Analysis Shoqirat, N.,	Analysere sykepleiedokumentasjon av smertebehandling blant postoperative pasienter i Jordan.	kvalitativ dokumentarisk analysemetode – retrospektiv studie	Målrettet utvalg av 80 journaler ble re- gjennomgått, og totalt 720 sykepleiejournaler ble analysert.	Sykepleiernes dokumentasjon av smertebehandling var begrenset, vag, ufullstendig og i stor grad basert på sykepleiernes subjektive vurdering.

Mahasneh, D., Dardas, L., Singh, C. & Khresheh, R. (2019).		Etisk godkjent		Flere av de dokumenterte målene var lite spesifikke, lite målbare og uten tidsramme.
--	--	----------------	--	--

Vedlegg 3 – Søketableller

Søketabell 2

Søk i Ovid Medline 22.02.23				Funn og relevans
Nummer	Søkeord/term	Avgrensinger (limit)	Resultat (antall)	
S1	Hospitalized patients		35360	Artikkelen «Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management (Dequeker et al, 2018) funnet som nummer 7 i søk nr. 4 i databasen Ovid Medline. Artikkelen er relevant da den belyser om sykepleieres vurderinger av pasienters smerteintensitet og relaterte barrierer for smertebehandling stemmer overens med pasientenes egne rapporteringer.
S2	Pain assessment		6930	
S3	Pain management		40290	
S4	S1 AND S2 AND S3	2013-2023	17	

--	--	--	--	--

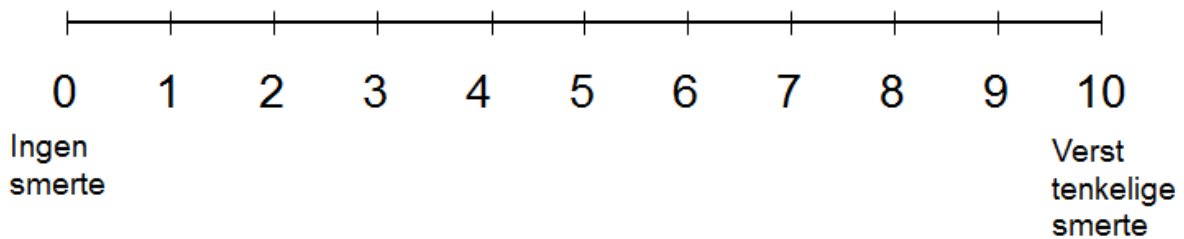
Søketabell 3

Søkeord/kombinasjoner	Antall artikkeltreff	Avgrensinger (limit)	Valgt artikkel i PubMed:
S1 – post operative	268,547		
S2 – S1 AND pain management	39,713		
S3 – S2 AND nurse	1,531		
S4 – S3 AND documentation	73		
S5	22	2013-2023	Artikkelen Nursing Documentation of Postoperative pain Management: A Documentary Analysis (Shoqirat et al, 2019) funnet som nummer 3 i søk 5 I databasen PubMed. Artikkelen er relevant da den belyser hva dokumentasjon i smertebehandlingen har å si for å fremme postoperative pasienters

			helseutfall.
--	--	--	--------------

Vedlegg 4 – NRS (Numeric Rating Scale)

Numeric rating scale – NRS (0 -10)



Illustrasjonsbilde fra eHåndbok

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>

NRS (Numeric Rating Scale) er det som kalles en visuell skala. En visuell skala er en linje der det ene ytterpunktet markerer ingen smerte og det andre ytterpunktet markerer uutholdelig smerte. Mellom ytterpunktene går det en linje som er inndelt i intervaller med tall fra 0-10. Tallet 0 indikerer at pasienten ikke har smerter, og tallet 10 indikerer uutholdelig smerte (Danielsen & Berntzen, 2022a, s. 446-447).