



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	23-04-2018 12:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 312

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Helhetlig postoperativ smertelindring- Den bortglemte kunnskap?

Antall ord *: 8972

Tro- og loverklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Helhetlig postoperative smertelindring- *Den bortglemte kunnskap?*

Holistic postoperative pain relief- *The forgotten knowledge?*

Kandidatnummer 312

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultetet for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Helga E. Hauge

Innleveringsdato: 25 april 2019

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, § 10.



POSTOPERATIV SMERTELINDRING

HELHETLIG POSTOPERATIV SMERTELINDRING- *DEN BORTGLEMTE* *KUNNSKAP?*

Bacheloroppgave i sjukepleie

Stord

Kull 2016

Innleveringsdato: 25.04.2019

Antall sider: 50

Antall ord: 8972

En ligefrem Meddelelse.

At man, naar det i Sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaa mere end han- men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke. Vil jeg alligevel gjøre min Mere-Forstaaen gjældene, saa er det, fordi jeg er forfærdelig stolt, saa jeg i Grunden i stedet for at gavne ham egentlig vil beundres af ham. Men al sand Hjælp begynder med Ydmygelse: Hjælperen maa først ydmyge sig under dem, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og i ikke at forstaae, hva den Anden forstaar.

Søren Kierkegaard 1859

Sammendrag.

Tittel: Helhetlig postoperativ smertelindring- *Den bortglemte kunnskapen?*

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema er basert på erfaringer fra praksis og egne erfaringer som pasient på kirurgisk avdeling. Temaet er et spennende og viktig område innenfor sykepleie.

Problemstilling: *Hvordan oppnå optimal smertelindring til postoperative pasienter.*

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse min problemstilling, samtidig oppnå kunnskap om den aktuelle problemstillingen gjennom et systematisk litteraturstudium, som er bygget på oppdatert og publisert kunnskap.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på tre kvantitative og to kvalitative artikler. Databasene som er brukt i denne oppgaven er CHINAL, SveMed+ og sykepleieforskning. Det er også brukt manuelt søk i form av lærebøker og referanselister.

Resultatet: Dagens forskning viser at pasienter blir for dårlig smertelindret postoperativt. De blir liggende for lenge smertepåvirket, noe som kan gi komplikasjoner i det postoperative forløpet. Anslagsvis er det 50-70% av postoperative pasienter som ikke blir godt nok smertelindret postoperativt.

Konklusjon: Denne bacheloroppgaven viser at smertelindring er et komplekst tema, noe som gjør at det må ligge flere elementer til grunne om man skal oppnå god smertelindring til postoperative pasienter. Smertebildet til pasientene påvirkes av velvære, tillit, relasjon og informasjon, samtidig som sykepleieren må inneha kunnskaper og være bevisst på sine holdninger.

Nøkkelord: sykepleie, smerte, smertelindring,

Summary

Title: Holistic postoperative pain relief– *The forgotten knowledge?*

Contextual: Reasoning behind the chosen theme is based on practical experience both working and being a patient at a surgical department. The theme is not only interesting, however also an important topic within nursing.

Research topic: *How to achieve optimal pain relief for postoperative patients?*

Purpose: Purpose of this thesis is to enlighten my research topic, mutually achieving knowledge regarding the actual topic throughout a systematic literature study based on updated and published data.

Method: A systematic literature study is based on three quantitative and two qualitative articles. Databases used in this thesis is CHINAL, SveMed+ and nursing articles. In addition, manual search in research articles, textbooks and reference lists is extensively used.

Result: Today's research enlightens that pain relief on postoperative patients is poor. The patient is experiencing pain in a longer time period than optimal, this can additionally result in complications in the *postoperative course*. An estimate of 50-70% of postoperative patients is not treated optimally in their pain relief.

Conclusion: This bachelor thesis concludes that pain relief is a compound theme, multiple elements need to be fulfilled to achieve optimal pain relief for postoperative patients. Pain experience for the patient is affected by wellbeing, trust, relation and information. In addition, the experience of the patient is exaggerated by the nurse's knowledge, and his/her bias.

Keyword: Nurse, pain, pain relief.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Smerte sett i lys av Benner og Wrubel sin omsorgsteori.....	3
2.2 Ulike typer smerte.....	4
2.3 Smerte- en personlig erfaring.....	5
2.4 Kartleggingsverktøy.....	5
2.5 Smertelindring.....	6
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie.....	9
3.2 Fremgangsmåte.....	10
3.3 Metodekritikk.....	13
3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave.....	13
3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	14
3.3.3 Kritisk vurdering av aktuelle artikler.....	14
3.3.4 Etikk i oppgaveskriving.....	19
4.0 Resultat.....	21

4.1 Presentasjon av fire vitenskaplige artikler.	21
4.2 Presenterer en samlet analyse av resultatene	26
5.0 Drøfting	27
5.1 Blir pasienter optimalt smertelindret postoperativt?	27
5.2 Hvordan oppnå optimal smertelindring postoperativt?.....	27
5.2.1 Kunnskap og holdninger	27
5.2.2 Kartlegging av smerte.....	29
5.2.3 Smertelindring	31
5.3 Konklusjon	34
Referanseliste	35

Vedlegg 1 Artikkelmatriser

Vedlegg 2 Smerteskala

Vedlegg 3 Smertetrapp ved kirurgiske inngrep.

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Tema jeg har valgt for denne bacheloroppgaven er smertelindring, med hovedfokus på postoperative pasienter. Valg av tema er gjort etter erfaringer fra praksis på kirurgisk avdeling, og som pasient på en kirurgisk avdeling.

Som sykepleierstudent i praksis kunne jeg snakke med pasienter som fortsatt opplevde smerte, selv etter smertelindring, men som unnlot å rapportere sin smerte til sykepleierne. Pasientene sa at sykepleierne virket travle og opptatte, og derfor unnlot de å gi tilbakemelding. Dette syns jeg var litt betenkelig, da jeg ikke opplevde at vi som personale var travle. Denne oppfatningen hadde jeg helt til jeg skriftet side og ble pasient selv på en kirurgisk avdeling. Da tenkte jeg tilbake på det pasientene hadde sagt til meg når jeg var student i kirurgisk praksis. Jeg opplevde selv når jeg var pasient at jeg ikke vill lage mer arbeid for sykepleierne, svarte alltid «det går fint», selv om det kanskje ikke alltid gjorde det.

Med min bakgrunn som sykepleierstudent vet jeg viktigheten av god smertelindring postoperativ. Til tross for dette unnlot jeg å si ifra. Det får meg da til å tenke på alle de pasientene på postoperative avdelinger som ikke innehar den kunnskapen vi som sykepleiere har om smertelindring.

Nyere oppdaterte vitenskapelige artikler mener at sykepleiere fremdeles er tilbakeholdne i smertelindring. Dette kan føre til nedsatt og dårlig behandling av postoperative smerter. Det er dette som har fanget min interesse fra det sykepleierfaglige perspektivet på området. Hva er det som gjør at på tross av kunnskap om smertelindring viser studier at pasientene ikke er optimalt smertelindret postoperativt, hva skal til for å oppnå god smertelindring?

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å vise hvordan vi som sykepleiere kan bidra til god smertelindring gjennom kunnskap om smertelindring, egne holdninger til smerte, kommunikasjon og informasjon, observasjoner, dokumentasjoner og bruk av kartleggingsverktøy for smerte. Jeg vil på den måten oppnå kunnskap om den aktuelle problemstillingen gjennom et systematisk litteraturstudium som er bygget på oppdatert publisert kunnskap.

1.2 Problemstilling

Hvordan oppnå optimal smertelindring til pasienter postoperativt?

1.3 Avgrensning

Slik jeg ser det er det forskjell på smertebehandling og smertelindring. Smertebehandling er en behandling man iverksette på grunnlag av en ordinasjon fra lege, en prosedyre som utføres. Smertelindring, derimot, er sykepleierfokusert i smertebehandlingen. Det er dette fokuset jeg vil se nærmere på i denne bacheloroppgaven. Altså, hvordan sykepleieren oppnår god smertelindring ved hjelp av kartlegging av smerte, informasjon, kommunikasjon, dokumentasjon og kunnskap. Medikamentell behandling og ikke- medikamentell behandling vil bli nevnt. På grunn av oppgavens størrelse, vil jeg ikke gå grundig inn på den medikamentelle behandlingen. Jeg har valgt å fokusere på den akutte smerten som følge av kirurgisk inngrep postoperativt. Den kroniske smerten vil bli nevnt i oppgaven, da akutte ubehandlet postoperative smerter kan utvikles til kroniske smerter. Oppgaven omhandler pasienter over 18 år, som ligger på intensivavdeling og sengepost, og alle kirurgiske inngrep som krever smertelindring på postoperativ avdeling.

1.4 Begrepsavklaring

Smerte- Blir definert av IASP (International Association for the Study of Pain) som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Berntzen, Danilesen & Almås, 2013 s., 357). Det finnes flere definisjoner på smerte, men jeg har valgt å bruke denne, da flere av artiklene jeg har valgt å bruke benytter denne definisjonen.

Postoperativ- Post er av latin som betyr -bak, etter. Postoperativ er etter operasjonen, når pasienten kan flyttes over i seng (Berntzen, Almås, Gran Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2013, s.,273 og 307).

Smertelindring- Man skal legge til rette slik at pasienten skal ha det så optimalt som det lar seg gjøre, uten å påføre unødvendige lidelser. Dette innebærer at pasienten skal kunne bevege seg og puste tilstrekkelig. På denne måten er smertelindringen med på å unngå komplikasjoner som kan oppstå (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s., 362).

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori som skal være med på å belyse min problemstilling. Jeg vil bruke ulike kunnskap som skal være med på å forklare og gi forståelse for temaet smertelindring. Først i teoridelen vil jeg ta for meg Benner og Wrubel (2001) sin sykepleierteori. Jeg vil se spesielt på deres syn på helse og omsorg. Videre vil jeg ta for meg ulike type smerter, før jeg går nærmere inn på smerte som en personlig erfaring. De to siste punktene jeg tar for meg i denne delen er kartleggingsverktøy og smertelindring.

Jeg har tatt utgangspunkt i primærkilden «*Omsorgens betydning i sygepleje*» (2001), skrevet av Benner og Wrubel, «*en hatt med slør*» skrevet av Kongsmo (1995) og Kirkevold (1998) sin bok «*sykepleieteorier- analyse og evaluering*».

2.1 Smerte sett i lys av Benner og Wrubel sin omsorgsteori

Benner og Wrubel bruker begrepet velvære fremfor helse. De mener at selv om man har nedsatt helse betyr ikke det at man ikke har det bra. Så lenge man finner noe meningsfylt vil man kjenne på velvære, og gjennom det oppleve å ha god helse. Benner og Wrubel (2001, s.187) mener at måten man ser og opplever helse på er i forhold til hva som oppleves viktig og meningsfullt for pasienten. Dette fokuset på velværet, gjør at pasienten ikke fokuserer på den patologiske sykdommen, men heller på den opplevelsen man har av å være syk (Kongsmo, 1995, s., 111-115). Noe som kan være meningsfylt for pasienten er den omsorgen vi viser pasienten. Dette er et poeng som er sentralt for min oppgave, det er med på å belyse opplevelsen av helse. Pasienter som har gjennomgått kirurgi kan oppleve nedsatt helse, men det er her begrepet velvære fremfor helse blir viktig i min bacheloroppgave. Benner og Wrubel mener at omsorg er helt grunnleggende i sykepleien. De ser på det som en nødvendighet at vi som sykepleiere bryr oss om pasientene våre for at vi skal kunne bygge relasjoner, skape tillit og på den måten forstå situasjonen rundt pasienten. Om man ønsker å hjelpe pasienten i den situasjonen pasienten befinner seg i, er det viktig at man forstår hvordan pasienten opplever sin nåværende situasjon (Benner og Wrubel, 2001, s. 24-25). Benner og Wrubel mener at ingen kan vurdere andres opplevelse av velvære. Hva som er meningsfylt for den enkelte person er opp til den selv å bedømme (Kongsmo, 1995, s. 114-115). Dette gjør det svært viktig å se pasienten som et eget individ, ikke en av alle, eller en som ønsker det samme som meg. Dette har en sentral del i postoperativ smertelindring, det å bry seg, vise omsorg, og ha tiltro til pasientens smerteopplevelse.

Som sykepleier skal vi hjelpe pasienten til å mestre situasjonen pasienten befinner seg i. Om dette sier Benner & Wrubel (2001, s. 187) at man skal legge til rette for det som er viktig for det enkelte menneske, samt hva som gir mening i den gitte situasjon. Benner og Wrubel (2001, s. 83) mener at den gitte situasjonen er en situasjon der pasienten opplever stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom. De definerer stress som tap, smerte og utfordringer som oppstår når noe uventet skjer i hverdagen, og personen opplever det som et sammenbrudd i den kjente hverdagen. I Kirkevold (1998) sin bok sykepleieteorier -analyse og evaluering står det at om personer i tillegg er innlagt på sykehus kan dette påvirke stresset ytterligere. Da med bakgrunn i at personen befinner seg i en fremmed situasjon, og i ukjente omgivelser.

2.2 Ulike typer smerte

For å kunne smertelindre pasienten er det viktig å kunne klassifisere og definere ulike typer smerte. Da ulike smerte kreves ulike tilnærming og forståelse.

Akutt smerte- nociseptive smerte, disse smertene oppstår akutt ved for eksempel akutt skade, når kreftsvulster vokser, og ved revmatiske lidelser når man er inni en aktiv periode av sykdommen (Berntzen et al. 2013, s., 360).

Kronisk smerte- dette er smerte som er langvarig. Den første akutte smerten er gått over, men det er fortsatt smerte der. Vedvarer denne smerten over tre måneder vil det si at man har fått en kronisk tilstand (Bentzen et al. 2013, s., 387).

Postoperative smerter- Holm et al. (2011, s.68) skriver at *Postoperative smerter defineres primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi. I tillegg kan pasientens smerte komme av immobilitet og å være utsatt for trykk over tid.* Postoperativ smerte er en forventet smerte. Dette kan være med på å øke angsten og ubehaget hos pasienten. Smertens intensitet og opplevelsen av smerte hos pasienten vil være en kombinasjon av hvor inngrepet er gjort og pasientens toleranse for smerte (Holm et al. 2011, s. 68).

Postoperative smerter ses på som akutt smerte (Holm et al., 2011, s. 68). Derfor er disse pasientene også utsatt for å utvikle kroniske smerter. Bentzen et al. (2013, s. 388) skriver at det er stor sannsynlighet for at dårlig og underbehandlede akutte smerter blir kroniske smerter.

2.3 Smerte- en personlig erfaring

Smerte er noe som er personlig, sammensatt og viser seg ulikt for person til person. Det er dette som gjør smerte til en personlig erfaring. Det gjør at det er kun den personen som opplever smerten som kan gjengi sitt smertebilde. Vår erfaring bygger på tidligere erfaringer, alder, kultur, sykdom og prognose (Holm et al. 2011, s. 53). At smerte er en personlig erfaring er viktig kunnskap som åpner for bedre forståelse rundt begrepet smerte. Kunnskapen blant sykepleiere øker, samtidig som det viser at smertelindringen som blir utført ikke alltid fungerer tilfredsstillende hos pasienten (Berntzen et al 2013, s. 356).

Sykepleiere må være bevisst egne holdninger og erfaringer. Man tolker gjerne andres smerte gjennom egne erfaringer. Er man ikke bevisst på disse forholdene, kan man risikere at man tror man vet hvordan pasientens smerte kjennes ut. Man setter da mer lit til egen smerteerfaring, enn pasientens beskrivelse av smerten. Dette kan resultere i mangelfull smertebehandling (Berntzen et al. 2013, s. 356).

2.4 Kartleggingsverktøy

Man ønsker å kartlegge smerten, slik at man kan vurdere lindringseffekt av tiltakene man utfører. På denne måten kan man vurdere om tiltakene man har iverksatt gir effekt, eller om man må vurdere andre tiltak. Når pasienten er delaktig i kartlegging av eget smertebilde, kan dette gjøre pasienten blir mer bevisst på hva som lindrer, og hva som forsterker smerten (Berntzen et al. 2013, s. 362).

Sykepleiere kan også vurdere smerte ut i fra fysiologiske tegn. De fysiologiske tegna på at pasienten kjenner på ubehag kan være økt blodtrykk, hurtig puls, forhøyet respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og/eller økt svetteproduksjon (Berntzen, et al. 2013, s.362-363). Disse symptomene kan også sammenfalle med økt stress.

Holm et al (2011, s. 73) viser til fire ulike skalaer som blir brukt som smertekartleggingsverktøy.

Verbal skala (VRS) pasienten velger det ordet som best beskriver smerten pasienten opplever. Ingen- Mild- Moderat- Sterk.

Visuell analog skala (VAS) pasienten vurderer sin egen smerter fra ingen smerte- til den verst tenkelige smerten. Denne brukes gjerne i sammen med Numerisk skala for å sette inn tallene 0-10, der null er ingen smerte og 10 er den verst tenkelige smerten. Man viser pasienten skalaen så pasienten kan se denne.

Numerisk skala pasienten vurderer sin smerte ut fra en skala med tall fra 0-10. Der null er ingen smerte og ti er den verst tenkelige smerten.

Ansiktskala- denne egner seg godt der kommunikasjon kan være en utfordring, for eksempel ved eldre med kognitiv svikt. Pasienten vurderer sin smerte ut fra en skala som består av seks ulike ansiktsuttrykk som viser smerte.

Eksempel på vurderingskala ligger som vedlegg 2.

2.5 Smertelindring

Medikamentell behandling er noe som inngår i smertelindring, men som nevnt under 1.3 vil det ikke bli gjort rede for den spesifikke medikamentelle behandling postoperativt.

Postoperativ smerte er mer forutsigbar smerte. Ut fra aktuell operasjon og inngrep kan man i større grad planlegge og forebygge den aktuelle smerten som vil komme postoperativt. Det er laget ulike behandlingsprinsipper, alt etter ulike inngrep som er utført, Holm et al (2011 s. 75) viser eksempel på medikamentell behandling ved kirurgiske inngrep (se vedlegg 3).

Sykepleierkontrollert medikamentell behandling intravenøst er den metoden som er foretrukket i det tidlige postoperative forløpet, da dette gir en rask smertelindring. Denne typen behandling krever en nøye oppfølging av pasienten i form av observasjon og vurdering, da med fokus på respirasjon og bevissthetsnivå (Holm et al. 2011, s., 76).

Ikke-medikamentell smertelindring er et viktig fokus i smertelindring postoperativt, man kan smertelindre på mange flere måter enn kun ved bruk av legemidler. Ved kirurgi kan det være hensiktsmessig å bruke kulde som en alternativ kilde til smertelindring, da kulde kan være med å lindre smerten rundt, og i operasjonsstedet (Berntzen et al. 2013, s.,366-367). Man kan også bruke avledning og sensorisk stimulering i smertelindring. Det som brukes som metode for å avlede, skal oppleves som meningsfullt for pasienten, og ikke slite ut pasienten (Berntzen et al. 2013, s., 367-368).

Informasjon er med på å forebygge og lindre pasientens stress og uro for det ukjente. Får pasienten rett og god informasjon kan dette være med på å lindre smerten, på den måten at pasienten er godt informert om forløpet som vil komme. Holm et al (2011, s. 46) viser at preoperativinformasjon kan være med på å redusere angst-, stress-, og smertenivå. For at man skal kunne oppleve reduisering av stress og angst ved hjelp av informasjon er det viktig at den som skal informere er kompetent på området. Det er viktig å finne ut hvilke informasjoner den enkelte pasient har behov for å vite, alle pasienter er ulike, noe som tilsier ulike behov i forhold til informasjon.

Det er viktig å dokumentere hvilken informasjon som er gitt til pasienten. Dette er med på å forhindre at pasienten mottar samme informasjon fra ulike sykepleiere, noe som kan være med på å øke angsten og usikkerheten hos pasienten (Berntzen et al. 2013, s., 283).

Pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 3- Rett til medvirkning og informasjon §3-2 viser at pasienten har rett på aktuell informasjon. Det vil si at pasienten har rett på å få informasjon om sin helsesituasjon og helsehjelpen som skal mottas. Det skal også informeres om risikoer og bivirkninger (Pasientrettighets loven 1999, §3-2).

Tillit og velvære er noe som står sentralt i begrepet smertelindring. For å hjelpe pasienten til å kunne oppleve velvære må det være tillit mellom helsepersonellet og pasienten. Dette innebærer å ha tillit til pasientens opplevelse av smerte. Det er sykepleieren som legger til rette for et åpent samarbeid med pasienten, som er med på å bygge en relasjon som gir grobunn for tillitt til samarbeidet. Om pasienten opplever tillitt, respekt og omsorg vil dette gi en økt effekt av den smertelindringen som gis til pasienten (Berntzen et al. 2011, s., 362). Sykepleiernes funksjoner er å fokusere på helsefremming og forebygging, behandling og lindring. Det å lindre innebærer å redusere, eller begrense omfanget av ulike belastninger. Disse belastningene kan være av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter (Kristoffersen et al. 2014, s., 18).

Grunnlaget for smertelindring er at pasienten skal oppleve velvære. Dette innebærer at pasienten skal ha det så godt så situasjonen tilsier at det lar seg gjøre, uten å påføre nye lidelser. Velvære kan være med å gi bekreftelse på egenverd hos pasienten, på det grunnlaget at man viser omsorg for pasienten. Har man smerter etter en operasjon, men samtidig opplever at de grunnleggende behovene deres ikke blir dekket, kan dette være med på å forsterke smerteopplevelsen. Berntzen et al. 2013 viser til at det er sykepleieren som har ansvar for å hjelpe å legge til rette slik at pasienten får den hjelpen til å dekke de grunnleggende behov. På denne måten viser sykepleieren omsorg for pasienten og pasienten opplever å få bekreftelse på egenverd (Berntzen et al. 2013, s., 362).

3.0 Metode

Vilhelm Aubert (1985) i Dalland (2014) s. 196 skriver at en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse et problem og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode (Dalland, 2014, s., 196). Metodedelen er den delen som viser hvordan man har gått frem for å anskaffe seg den kunnskapen man trenger. Jeg mener at den metoden jeg har valgt til sin oppgave er den metoden som vil belyse mine spørsmål på en faglig måte. Man har kvantitative metode og kvalitativ metode. Disse metodene tar for seg ulike spørsmålsorienteringer. Den kvalitative metoden har som hensikt å oppfatte meninger og opplevelser. Kvantitative metoden ser mer på helheten i store grupper, noe som kan gi bedre forståelse av for eksempel et samfunn (Dalland, 2014, s.112)

3.1 Litteraturstudie.

I denne bacheloroppgaven skal jeg bruke litteraturstudie for å komme frem til svar på min spørsmålsformulering i oppgaven. Dette går ut på å gjøre systematiske litteratursøk i ulike databaser. En litteraturstudie går ut på å systematisk søke etter litteratur som allerede finnes, og hvilke metoder som er brukt på det området jeg ønsker å utforske (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.,62).

For at det skal være en strukturert litteraturstudie er det tre krav som må oppfylles for at den skal kvalifiseres.

- 1)Valg av primærstudier er noe som gjøres systematisk, samtidig som utvalgsmetoden er definert.
- 2) Problemstillingen skal være klar og tydelig i en litteraturstilling.
- 3)Det skal også komme fram hvilke søkestrategier som er benyttet for å finne primærstudiene, og grunnlagene for å ekskludere eller inkludere studiene i egen studie. (Christoffersen et al 2015, s.,62). Det skal også utføres en analyse, slik at man kan vise til resultatene i primærstudiene.

I litteraturstudie kan man skille mellom systematisk litteraturoversikt (syst. Review) og allmän litteraturoversikt (overveiew) omtalt av Forsberg & Wengstrom, 2013 i (Thidemann, 2017, s., 81). Systematisk litteraturoversikt er en oppsummering eller vurdering av allerede relevant forskning og kunnskap som er eksisterende på området. Det vil si at man kartlegger det man har kunnskap om, og det man ikke har kunnskap om, på det aktuelle området.

Dette kunnskapshullet i mellom det man vet og det man ikke har kunnskap om, blir vei for videre forskning. I en allmän litteraturstudie tar man for seg et visst antall artikler, analysere og beskriver dem (Thidemann, 2017, s., 81).

3.2 Fremgangsmåte

Fremgangsmåten jeg har brukt er å få en oversikt over aktuell litteratur innenfor området jeg ønsker å se nærmere på. Jeg har brukt ulike databaser i søk etter vitenskapelige artikler. Jeg har brukt CHINAL, SveMed+ og Sykepleien.no/forskning. Bakgrunnen for at jeg brukte disse databasene er at disse er medisinsk relaterte.

CHINAL dekker området sykepleie, SveMed+ er en skandinavisk database innen medisin og helse (Nortved, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. 2012, s.,52). Sykepleien.no/forskning tar for seg forskning som er relatert til sykepleiefaget. I databasen SveMed+ brukte jeg søkeordet postoperativ smerte.

I CHINAL som er en engelsk database brukte jeg engelske ord som postoperative, pain, illness, pain relief, clinical assessment. Jeg har valgt å avgrense til artikler som kun omhandler voksne pasienter. Jeg ønsker ikke artikler eldre enn 10 år, full tekst i studien og engelsk som språk. Jeg brukte engelsk ordbok og googletranslate for å finne relevante søkeord på engelsk. Når jeg søkte brukte jeg AND for å snevre søket mer inn mot min problemstilling.

Jeg har valgt å inkludere både kvalitativmetode og kvantitativmetode på de vitenskapelige artiklene jeg har valgt å ha med. Dette for å få mangfoldet, da i undersøkelser i store grupper, samt få de nære opplevelsene, og gå i dybden av disse.

Jeg har valgt ut fem artikler. Disse artiklene er ment å besvare min problemstilling fra ulike vinkler. Man får belyst alle de involverte parter sin side. Dette kan gi en god oppfatning om hva som er bra, og hva som må forbedres.

Det er ikke nødvendigvis en type metodisk tilnærming som sees på som den rette tilnærmingen. Det kan både være svakheter og sterke sider ved en metode. Man kan kombinere de ulike metodene, for å få en kombinasjon i metodetilnærmingen (Thidemann, 2017, s., 79)

Søkehistorikken for mine søk etter vitenskapelige studier.

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Utvalgte artikler
Chinal	5/3-19	Postoperative and pain	1714	1 Tavares, X.A, Kelly, M., Mayara, T., Conceicao, M, Solange, (2018) <i>EVALUATION OF POSTOPERATIVE PAIN UNDER THE NURSE'S POINT OF VIEW.</i>
		Pain and no drug treatment	8	0
		Postoperativ pain and clinical assessmend and pain relife	11	0

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Utvalgte artikler
SveMed+	7/3-19	Postoperativ smerte	62	<p>3</p> <p>Fredheim, O.M.S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., Borchgrenvik, P.C. (2011)</p> <p><i>Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus.</i></p> <p>Hjelpdahl, A.K.S. & Leegaard, M. (2015)</p> <p><i>Pasienters erfaring med postoperativ smertebehandling ved hoft- og kneprotese kirurgi.</i></p> <p>Lindenskov, L. & Bjørk, I.T. (2016)</p> <p><i>Sykepleie kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.</i></p>

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Utvalgte artikler
Sykepleien.no	7/3-19	Postoperativ smerte	24	1 Granheim, T.H., Raaum, K. Christophersen, K.A., Dihle, A. (2015) <i>Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</i>

3.3 Metodekritikk

Selv om artikler er publisert i kjente databaser er det viktig å ta en kritisk vurdering var artiklene. Se på gyldigheten, metodiske kvaliteten, overførbarhet og resultat (Nortvedt et al. 2012, s., 68).

The medical literature can be compared to a jungle. It is fast growing, full of dead wood, sprinkled with hidden treasure and infested with spiders and snakes-

Peter Morgan, Scientific Editor, Canadian Medical Association.

(Nortvedt, M.W et al 2012 s., 68)

3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave

Jeg hadde på forhånd valgt meg ut tema og problemstilling til denne oppgaven. Det gjorde at jeg var bevisst i mitt søk etter artikler. Jeg har valgt å inkludere ulike metoder på studiene i oppgaven, noe som kan bidra til en god belysning av tema. Jeg valgte å bruke Benner og Wrubel sin omsorgsteori i denne bachelor oppgaven. Jeg mener Benner og Wrubel sitt syn på helse og omsorg ser svært relevant inn i min oppgave.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Jeg har hatt et kritisk blikk på artiklene mine. Jeg har valgt å ha med forfatterne sin bakgrunn i den kritiske vurderingen. Dette mener jeg er relevant å se på, da med tanke på om forfatterne har den rette bakgrunn for å kunne si noe om det området de forsker på. Samtidig kan det oppstå interessekonflikt mellom studiens formål og forfatterne. Jeg har valgt å inkludere fem artikler. Tre av artiklene har tverrsnittstudie som metode, og to av dem har kvalitativ studiedesign som metode. Jeg har valgt å inkludere forskjellige typer studiedesign, da dette vil gi et bedre resultat å analysere. Da studiene har ulike siders synspunkt både på mangfold og erfaringsbasert. Ene artikkelen jeg har valgt å inkludere er fra India, her har jeg tatt høyde for kulturforskjell og at prosedyrer for smertelindring kan være forskjellig fra vårt helsevesen. Artikkelen kunne bidra positivt i å besvare min problemstilling så derfor ble den inkludert.

Jeg ser etter IMRAD- prinsippet i artikkelen da de fleste vitenskapelige artikler er strukturert med IMRAD. Dette innebærer at artikkelen har en struktur som tilsier at den har en Introduksjon, hvorfor ville forfatteren gjøre studien. Metode, hvordan forfatteren gjennomførte studien og analyserte resultatene. Resultat, hva fant forfatteren ut i studien. (And) Diskusjon, hva mener forfatteren at resultatene som kom fram i oppgaven betyr (Nortvedt, M. W et al 2012 s., 69). Jeg ser etter om artikkelen har et sammendrag (eng. abstract) da de fleste vitenskapelige artikler har dette helt innledningsvis (Nortvedt, M.W et al 2012 s., 69). Her kan man få et innblikk i hva artikkelen handler om, samt metoden noe som kan gjøre at man raskt kan inkludere eller ekskludere artikkelen. Når jeg har bestemt meg for å inkludere artikkelen utfører jeg en kritisk vurdering ved hjelp av aktuell sjekkliste. Jeg har brukt sjekklister som ligger på Helsebiblioteket.no.

3.3.3 Kritisk vurdering av aktuelle artikler

Artikkel 1

Aud Karin Hjelpdahl & Marit Leegaard (2015)

Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi.

Aud Karin Hjelpdahl er høgskolelektor ved Institutt for helsefag. Marit Leegaard er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus og redaktør i Sykepleien Forsking.

Formålet til studien er klart, man ønsker å se nærmere på pasienters medvirkning i smertelindring. Kvalitativ metode er et hensiktsmessig design for å få svar på spørsmålsformuleringen, da man ønsker erfaringer. Utvalget er hensiktsmessig da man ønsker å få svar på postoperativ smertelindring, og inkluderingen var pasienter som hadde gjennomgått hofte og kneoperasjon. Det går klart frem av studien hvilken metode som ble brukt for å samle inn data, i denne artikkelen ble de brukt semistrukturert intervju.

Det kommer frem i analysen stegene for analysering av de innhentede data. På bakgrunn av analysen kunne det presenteres tre hovedtema som gjør at jeg ser sammenhengen mellom innhentet data og det som blir presentert i funn. Studien er godkjent av personvernforbundet for forskning (NSD) som innebærer at denne artikkelen ivaretar kravene til frivillighet, informert samtykke og konfidensialitet. Hovedfunnene i artikkelen kommer frem på en tydelig måte.

Artikkel 2

Tone Høilo Granheim, Kari, Raaum, Knut-Andreas Christophersen & Alfild Dihle (2015)

Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

Tone Høilo Granheim er sykepleier ved gastrokirurgisk avdeling Akershus universitetssykehus. Kari, Raaum er assisterende utdanningsleder og barnesykepleier i Stab forskning, innovasjon og utdanning. Knut-Andreas Christophersen er universitetslektor i statistikk ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiO. Alfild Dihle er assisterende utdanningsleder og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Problemstillingen i denne artikkelen er klart formulert. Tverrsnittstudie/prevalensstudie er en velegnet metode for å besvare denne problemstillingen da man ønsker mengde i denne studien. Det er klart definert populasjonen i denne studien, samtidig gjort rede for inklusjons kriterier, og på den måten definert gruppen som ikke fikk delta i studien. Svarresponsen var 83% noe som vil tilsa en god svarprosent ifølge sjekklisten der grensen er >70. Målemetoden var et anerkjent spørreskjema (Nurse`s Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, NKAS) som er oversatt til norsk av profesjonelle oversettere. Alle deltagerne fikk likt skandalisert spørreskjema. Dataanalysen er også standardisert i analysen skilles mellom sykepleier og sykepleierstudent.

Hovedkonklusjoner er at sykepleier og studenter har god kunnskap om smertelindring, men er engstelig for respirasjonsdepresjon og avhengighet. Studiens p-verdi $p < 0,005\%$. Det vil si at studiens utfall ikke er tilfeldig.

Artikkel 3

Olav Magnus S. Fredheim, Gunnvald Kvarstein, Eva Undall, Audun Stubhaug, Tone Rustøen, Petter C. Borchgrevik (2011)

Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus.

Olav Magnus S. Fredheim er cand.med. og har PhD. I smertemedisin. Han er lege i spesialisering anesthesiolog ved St. Olav hospital og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser, Norges teknisk- naturvitenskaplig- universitet. Gunnvald Kvarstein er dr. med. Og overlege ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Han er leder i Norsk smerteforening og representant i European Federation of IASP Chapters (EFIC). Eva Undall er spesialsykepleier i intensivmedisin og har videreutdanning i kognitiv terapi. Hun er enhetsleder ved Smerteenheten, Sykehuset i Telemark.

Audun Stubhaug er anesthesiolog. Han er overlege ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Tone Rustøen er sykepleier. Hun er seniorforsker ved Akuttklinikken, Avdeling forskning og utdanning, Oslo universitetssykehus og professor ved Høgskolen Oslo.

Petter C. Borchgrevik er spesialist i anesthesiologi og leders av Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser, professor ved Forskningsgruppe smerte og palliasjon, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk- vitenskapelige- universitet, og overlege ved Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, Klinikk for anestesi og Akutt medisin, St. Olav hospital. I denne artikkelen er problemstillingen klart formulert. Man ønsker å vite om postoperativ smerte hos pasienter, så metoden tverrsnittstudie er en velegnet metode da man ønsker mengde i studien. Utvalget, både de inkluderte og ekskluderte, er klart definert.

Man ønsker å vurdere postoperativ smerte så undergruppe av pasienter som ikke har gjennomgått operasjon en subgruppe i befolkningen er gjort rede for. Datasamlingen er standardisert for alle deltagerne det ble registret på skjema. Svarprosent 78%, som vist til lengre oppe er det en ok svarprosent. Artikkelen er godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Pasientene mottok muntlig og skriftlig informasjon. Det ble hentet inn tillatelse til datainnsamling hos både sykehusledelsen, avdelingsledelsen og personvernombud der det var aktuelt. Det er vist til studiens styrke og svakheter. Resultatet i en setning vil være- Mange pasienter er fornøyd med smertelindringen, samtidig vises det store forbedringsmuligheter blant de som behandler smertene.

Artikkel 4

Line Lindenskorv & Ida Torunn Bjørk.

Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappotering.

Line Lindenskov er høgskolelektor, Institutt for sykepleie og helse, Vid vitenskapelig høgskole, Diakonhjemmet. Ida Torunn Bjørk er professor, Avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Studiens formål er klart formulert, og det er en hensiktsmessig metode forfatterne har brukt i denne studien. Forfatterne ønsket å vite erfaringene blant sykepleierne, noe som ble gjort via en kvantitativ intervjuundersøkelse. Utvalget for studien er hensiktsmessig å det er gjort god rede for utvalget, data og analysen av datamaterialet. Det er gjort rede for hvem som ble utvalgt og hva inklusjonskriteriene var, samt kjønn og erfaring. Metoden som ble brukt for å svare på problemstillingen var intervjuundersøkelse med en fortolkende tilnærming. Det er gjort rede for hvordan analysen ble utført. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Hovedfunnene i studien kommer klart frem. Studien viser også til at resultatet er i tråd med andre studier på området.

Artikkel 5

Khatib, S.K & Razvi, S.S (2018)

Nurse's Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra.

Khatib, S.K Professor, Department of Anaesthesiology, Rural Medical College, Loni, Ahmadnagar, Maharashtra. Razvi, S.S PhD student, Department of Orthopaedics, Mahatma Gandhi Missions Medical College, Aurangabad, Maharashtra.

Denne studien skal se på sykepleieres rolle i smertelindring. Man ønsker da et mangfold, så studie metoden tverrsnittstudie er en velegnet metode. Artikkelen har en klar problemstilling. Det er opplyst inkluderingskriteriene sykepleierne måtte oppfølge for å bli inkludert. Datasamlingen var standardisert for alle deltagerne. Alle svarte på spørreskjema. Man må nevne at det var fire i studien som var avvist, det kommer ikke klart frem hvorfor disse var avvist. Det var også over 50% av spørreskjema som forsvant.

Resultatet av analysen er signifikant da man ser en p-verdi på 0,05. Resultatet i denne studien viste at sykepleiere har behov for opplæring innenfor området smertebehandling. Det står i artikkelen at det er tatt hensyn til etikken. Denne studien ble utført i India så det kan føre til avvik i forhold til prosedyrer vi har her hjemme i forhold til smertelindring. Samtidig syns jeg at artikkelen belyser sykepleiers rolle innen smertehåndtering på en aktuell måte, noe som gjør at jeg har valgt å inkludere denne.

3.3.4 Etikk i oppgaveskriving

Etikken slik vi kjenner den handler om normer, normer som sier noe om hva som er riktig å hva som er galt. Det handler om riktighet og respekt. Innenfor forskning har man en egen etikk som man skal overveie å følge i studier. Det handler om å ivareta personvernet til de inkluderte og det å sikre troverdigheten av de resultatene som kommer frem i forskningen (Dalland, 2014, 96)

Det man ønsker å oppnå med forskning er ny kunnskap å nye synsvinkler, men man skal ikke la det gå utover deltagerens integritet og velferd. Man skal også overveie om den enkelte studie kan påføre de utvalgte skade eller annen unødvendig belastning (Dalland, 2014, 96).

Jeg har brukt APA-standard i oppgaveskrivingen. Jeg har tatt hensyn til anonymitet i forhold til egne erfaringer. Artiklene som er inkludert i denne bachelor oppgaven er godkjent med tanke på etiske hensyn.

De nasjonale forskningsetiske komiteene skiver på sin side.

«Forskning er av stor betydning – for enkeltmennesker, for samfunnet, og for global utvikling. Forskning er også en betydelig maktfaktor på alle disse nivåene. Av begge grunner er det vesentlig at forskning foregår på måter som er etisk forsvarlige» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av fire vitenskapelige artikler.

Artikkel 1

Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi.

Forfattere: Aud Karin Hjelpdahl & Marit Leegaard (2015)

Hensikt: Kunne beskrive hvordan pasienten opplever å delta i den postoperative smertebehandlingen.

Metode: Denne har et kvalitativt beskrivende design, med semistrukturert dybdeintervju, som ble utført tredje operative dag, der pasientene svarte på spørsmål. Det var sju kvinner og tre menn i aldre 59-81 år, som deltok i studien. Dette var pasienter som hadde gjennomgått hofte- eller kneprotese i et akselerert behandlingsforløp.

Resultat: Studien viste at flere deltagere opplevde smerte postoperativt, samtidig som flere deltagere i studien fremhevet nytten av preoperativ informasjon om smertelindring. Pasientene rapporterte ulikt i forhold til smertebilde, noe som tilsier at noen aksepterte høyere smerte enn andre. Studien viser også at smertebehandling av eldre pasienter er en kompleks handling. Studien viser at deltagerne ble informert om bruken av nummerertskala (NRS), men flere synes denne var vanskelig å følge.

Konklusjon: studien kommer fram til at pasientens medvirkning og handlingsrom i forhold til smertebehandling er begrenset til egen rapportering og det å spørre om ekstra doser, men da innenfor de rammene som allerede er satt. Studien viste også utfordringer ved et akselerert pasientforløp, da pasientene skulle delta på mye på korttid.

Artikkel 2

Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

Forfattere: Tone Høilo Granheim, Kari, Raaum, Knut-Andreas, Christophersen & Alfhild Dihle (2015)

Hensikt: beskrive sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte hos inneliggende, voksne kirurgiske pasienter.

Metode: En tverrsnittstudie der man samlet inn data ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurse's Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). Denne inneholder 39 spørsmål om smertelindring og smertehåndtering. Studien inkluderte 165 sykepleiere og studenter, sykepleierne jobbet ved kirurgisk avdeling og sykepleierstudentene hadde gjennomført kirurgisk praksis.

Resultat: sykepleierne og studentene hadde god kunnskap innen smerte og smertelindring, men at det fortsatt var redsel for opioide avhengighet og respirasjonsdepresjon. Det kommer også frem av studien at det er et gap mellom den teoretiske kunnskapen å praktisk handling. Sykepleierne scoret pasienten lavere i en NRS- skala enn pasienten vurderte sin egen smerte. samtidig viste studien at sykepleierne må bli flinkere til å lytte til pasientens egen opplevelse av smerte.

Konklusjon: det er blitt synliggjort et behov for å styrke kompetansen slik at sykepleiere og studenter kan bli dyktigere på smertehåndtering. Man må også styrke og fornye kompetansen innenfor området smertebehandling med opioider.

Artikkel 3

Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus.

Forfattere: Olav Magnus S. Fredheim, Gunnvald Kvarstein, Eva Undall, Audun Stubhaug, Tone Rustøen, Petter C. Borchgrevik (2011).

Hensikt: Undersøke andel av pasienter som opplever sterke postoperative smerter i norske sykehus.

Metode: Studien er en tverrsnittstudie basert på pasientenes egne rapportert data og data fra pasientjournaler, som ble utført ved 14 norske sykehus. Studien inkluderte elektive pasienter som fikk utført kirurgi og øyeblikkelig hjelp pasienter som fikk utført kirurgi. Det var 215 pasienter som bli inkludert i studien.

Resultat: 43% av deltagerne meldte at smerte var mest plagsomt det første postoperative døgnet. Studien viser at to av fem pasienter gir tilbakemelding at de opplever gjennomsnitt smerte som er >4 det første postoperative døgnet, og at en av ti har >6. Dokumentasjonen av smerte vises å være dårlige systematisk dokumentert. Kun i 22% av journalene til pasientene var det systematisk dokumentert postoperative smerten.

Bare halvparten av pasientene i studien var bedt om å angi smerte i 11-punkt skala. Om man unngår å systematisk kartlegge smerte kan man risikere at flere pasienter ligger og har smerter. Dette kan resultere i nedsatt mobilitet og økt fare for komplikasjoner. Mange av pasientene innlagt i norske sykehus er fornøyd med smertebehandlingen de får på sykehuset

Konklusjon: Det at mange pasienter er fornøyd med smertebehandlingen, bør ikke brukes som argument for at smertebehandlingen er tilfredstillende. Funnene viser at det er forbedringsmuligheter innen mer systematisk kartlegging og dokumentasjon av smerte.

Artikkel 4

Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.

Forfattere: Line Lindenskov & Ida Torunn Bjørk (2016)

Hensikt: Se på hvilke utfordringer erfarne sykepleiere møte i kartlegging av postoperative smerter hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.

Metode: Studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse med en fortolkende tilnærming. Det ble gjennomført fokusgruppe intervju med et utvalg bestående av 9 erfarne sykepleiere, som hadde erfaring fra postoperative avdelinger.

Resultat: Erfarne sykepleiere synes det er utfordrende å smertelindre pasienter med nedsatt evne til selvrapporing. Sykepleierne synes det var utfordrende og bedømme om pasienten var smertefri. De erfarne sykepleierne brukte ikke kartleggingsverktøy for å kartlegge smerten, men observerte fysiologiske parameter, urolighet, aggressivitet, høye lyder. Kartlegging av smerte hos denne pasientgruppen ble ansett som kompleks sykepleie, man må se helheten rundt pasienten. Sykepleierne brukte også hverandre som støtte i vurdering av smerte hos denne pasientgruppen.

Konklusjon: Det oppleves vanskelig å kartlegge pasienter uten evne til selvrapporing da pasientene ikke kan bekrefte sykepleiernes vurdering av smerten.

Artikkel 5

Nurse's Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra.

Forfattere: Khatib, S.K & Razvi, S.S (2018)

Hensikt: Undersøke sykepleierens rolle i behandling av postoperativ smerte.

Metode: Tverrsnittstudie med spørreskjema. Sykepleiere som hadde minst 6 måneders erfaring på postoperativ avdeling ble inkludert. Spørreskjema inneholdt 8 spørsmål, der 1 spørsmål var til anestesilegene og resten av spørsmålene var til sykepleierne.

Resultat: Studien viser at sykepleieren sin rolle i akutt behandling av smerte er å administrere smertestillende på bakgrunn av ordinasjon fra lege, men også på bakgrunn av observasjoner og kartlegging. Ved hjelp av observasjon og kartlegging kunne sykepleieren vurdere effekten av iverksatt tiltak. Studien viser at det er vi sykepleiere som er nærmest pasienten, da vi har den daglige omsorgen, derfor er en stor del av vår oppgave i forhold til smertelindring og informere pasienten. 36,4 av sykepleieren brukte ikke smertekartleggings verktøy i observasjon.

Konklusjon: Sykepleiere må bli flinkere på og informere pasienten. Studien påpeker at kunnskap og økt kompetanse vil styrke sykepleieren i smertelindring hos pasientene.

4.2 Presenterer en samlet analyse av resultatene

Artiklene samlet viser at sykepleiere har kunnskap om smerte og smertelindring, men selve utførelsen er vanskelig. Man misforstår situasjoner og det er ikke optimal kommunikasjon informasjon i sykepleier-pasient forholdet. I forhold til observasjoner, kartlegging og bruk av kartleggingsverktøy er det forbedringspotensialet. Dette kan gir nedsatt kontinuitet i smertebehandlings bilde. Det kan være vanskelig og behandle om man ikke har et utgangspunkt. Det kommer frem av alle artiklene at postoperativ smerte er underbehandlet, større andel av pasientene sier at de ikke var optimalt smertebehandlet etter et kirurgisk inngrep. Dette er et viktig område å sette fokus på da underbehandlet postoperative smerte kan gi senskader, kroniske smerter og forlenge det postoperative forløpet. Viktige poeng og ta med videre er informasjon, kartlegging, forskjell i teori/praksis, redsel for opioidavhengighet.

5.0 Drøfting

5.1 Blir pasienter optimalt smertelindret postoperativt?

Utgangspunktet for denne bacheloroppgaven var å kunne belyse hvordan man kan tilstrebe optimal smertelindring postoperativt. For å kunne besvare den problemstillingen vil jeg først se på om pasientene faktisk er smertelindret postoperativt. Holm et al (2011) viser til at 50-70% av pasientene som mottar smertelindring etter kirurgi ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring. Dette tilsier at vi som sykepleiere har en del å gå på når det kommer til smertelindring av postoperative pasienter. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) skriver at vi som sykepleiere har et stort ansvar når det kommer til smertelindring. Med en så høy andel av pasientgruppen som ikke mottar tilfredsstillende smertelindring, kan det tyde på at ansvarsområdet til sykepleieren enkelte ganger ikke bli tilstrebes optimalt. Forskningen til Granheim et al (2015) viser til nedsatt kunnskap om smertelindring og et gap mellom det teoretiske og det praktiske, dette er ulike temaproblem som går igjen i flere studier. Likevel viser Fredheim et al (2011) at 91% av pasientene rapporterte at de var fornøyde med den smertebehandlingen de hadde fått etter operasjon. Studien viste også at 46% opplevde mindre smerte enn forventet.

Fredheim et al (2011) viser til forbedringspotensialet i forhold til kartlegging, dokumentasjon og behandling av smerte. Disse faktorene er essensielle ting som må ligge til grunne for å kunne gi god smertelindring. Det er ikke et entydig svar på spørsmålet om pasienter blir optimalt smertelindret, men litteratur viser forbedringspotensial. Etersom min problemstilling er hvordan oppnå optimal smertelindring postoperativt, vil jeg videre se på hva som er med på å optimalisere smertelindrings spørsmål postoperativt.

5.2 Hvordan oppnå optimal smertelindring postoperativt?

5.2.1 Kunnskap og holdninger

I følge studien til Khatib et al (2018) meiner sykepleierne at det mest utfordrende i det postoperative forløpet var postoperativ smerte. Hele 89,8% av sykepleierne mente dette. Det kan være med på å belyse viktigheten av kunnskap på det området.

Kunnskap til smerte og smerteopplevelsen er viktig for en sykepleier å inneha. På den måten vil sykepleieren være klar over pasientens opplevelse av smerten og kunne lindre smerten til pasienten ut fra smertebilde. Samtidig som det vises at kunnskapen blant sykepleiere øker, vises det også at smertelindringen ikke blir tilfredsstillt hos pasienten slik Berntzen et al. (2013) beskriver i teorien. Dette kan trolig ha en innvirkning i forhold til pasientens opplevelse av smerte, da med tanke på viktigheten av at smerte er personlig. Bentzen et al. (2013) Viser til Nortvedt og Nortvedt (2001) som sier at det viktigste for sykepleieren er å forstå pasienten sin subjektive opplevelse av sin smerte å respondere etter det behovet pasienten har.

Gjennom studieforløpet legges det teoretiske grunnlaget for sykepleieren. Denne kunnskapen er noe vi tar med oss ut i praksis når man skal praktisere som sykepleier. Likevel viser studien til Granheim et al. (2015) et gap mellom den teoretiske kunnskapen og handlinger i praksis. Sykepleiere har god kunnskap om smerte og smertelindring, men likevel praktiseres ikke denne kunnskapen. Granheim et al. (2015) skriver videre at sykepleieren og sykepleierstudentene var redde for å påføre pasienten en avhengighet om man gav for mye opioider. Berntzen et al. (2013) viser til Den norske legeforening (2009), McCaffery og Beebe (2001) som skriver at frykt for å tilføre avhengighet ved bruk av opioider har vist seg å være en viktig årsak til undermedisinering ved smertelindring.

Granheim et al. (2015) skriver at kunnskap om smertelindring med opioider er viktig for å oppnå en god smertelindring, en sykepleier skal vite at når smertene avtar postoperativt reduseres også behovet for opioider. På den måten kan man kanskje se på det som nedsatt kunnskap om smertelindring ved bruk av opioider, da det snarere visere seg at svært få pasienter får avhengighetsproblem av smertelindring. Granheim et al. viser til McCaffery & Beebe (2001) som sier at mindre enn 1 prosent av pasienter får et avhengighetsproblem som en direkte følge av smertelindringen. Lindenskov et al. (2016) skriver at kunnskap og erfaring er egenskaper som må være til stede for å optimalisere vurderinger av smerte og på den måten smertelindre. En erfaren sykepleier i studien til Lindenskov et al (2016) sa: «*Kosesykepleie hjelper ikke mot smerter- det er omsorg å ha kunnskap om smerte*». Denne omsorgen i forhold til kunnskap om smerte er viktig å ivareta for å unngå å påføre pasientene skade i form av kroniske smerter, som nevnt i teorien.

Holdningene våre og kunnskap henger tett sammen, det vi si at man må ha kunnskap og være klar over våre egne holdninger til smerte og smertelindring. Granheim et al (2015) skriver at studien belyste at sykepleiere må bli flinkere å ta hensyn til det pasienten uttrykker. Gjennom kunnskapsspørsmålene i studien kom det fram at sykepleierne mente at pasient var best egnet til å bedømme egen smerte. Til tross for dette, ble likevel pasientens vurdering i liten grad vektlagt. Berntzen et al (2013) skriver at sykepleierens holdninger kan være med på å påvirke smertelindringen som pasienten mottar. Dette ved at sykepleieren legger egne smerteerfaringer og holdninger til grunn i behandlingen av pasienten. Dette kan trolig være med på å gi oss sykepleiere egne *smertebriller* noe som gjør at vi kanskje risikerer å smertelindre gjennom vår opplevelse av smerte. Som sykepleier bør en stoppe opp og reflektere over hvordan egne holdninger kan påvirke yrkesutøvingen.

5.2.2 Kartlegging av smerte

For å kunne smertelindre en pasient i den postoperative fasen må man kjenne til smerten. Den enkelte pasient må observeres, kartlegges og dokumenteres. Man må ha en kontinuitet i vurderingene slik at man på denne måten kan gjøre en vurdering om iverksatte tiltak gir pasienten effekt eller om man må iverksette nye tiltak. Å involvere pasienten i smertevurderingen vil hjelpe pasienten til å se sin egen situasjon, og på den måten være mer delaktig i smertebehandling selv. Ifølge Berntzen et al. (2013) vil det å delaktiggjøre pasientene føre til at pasienten har en mer bevisst holdning til egen smerte, og på den måten får de myndighet over egen situasjon.

Smertereregistreing ved hjelp av kartleggingsverktøy kan være en god måte å dokumentere smertebilde hos pasienten. Den viser smertenivå og hvordan smerten eventuelt reduseres ved smertelindring. Dette kan være med på å gi en indikasjon på hvilke tiltak som har god virkning for den enkelte pasient. Fredheim et al. (2011) skriver at et viktig funn i studien var at postoperativsmerte bare er dokumentert systematisk hos 22% av pasientene i studien. Det vil si en systematisk vurdering av smerte tre ganger i døgnet, og ved før/etter eventuell medisin, altså medisin utenom det faste. Fredheim et al (2011) sitt syn på god praksis ved systematisk kartlegging av postoperativ smerte er å kartlegge tre ganger i døgnet, og tilby medisiner ved smerteintensitet på over 3 på en smerteskala. Studien til Khatib et al (2018) viste at 75% av sykepleieren som jobbet på sykehus som hadde akutt smertelindring (Acute Pain service) bruker smerteskala som arbeidsverktøy, i motsetning til sykepleiere som ikke hadde APS. Her var forekomsten bare 25% blant sykepleiere som brukte smerteskala som arbeidsverktøy.

Om man ikke kartlegger smerten hos pasienten på en standardisert måte vil man ikke kunne få en systematisk oversikt. Av egen erfaring var det flere sykepleiere som brukte betegnelsen «ok, smertepåvirket» eller «pasienten har vært litt smertepåvirket». Da blir det opp til hver enkelt å vurdere hva som menes med ok, og hva er litt? Viser til Granheim et al. (2015), som skriver at dersom man ikke kartlegger systematisk, kan man risikere at pasienten ligger med vedvarende smerte. Dette kan gi økt risiko for nedsatt mobilisering og økt fare for utvikling av kroniske smerter. Kartlegging burde derfor gjøres systematisk, og ikke basert på egne vurderinger, men på pasientens opplevelse av egen smerte.

Til tross for viktigheten av systematisk kartlegging viser forskning at det er ulike og uklare rutiner for bruk av kartleggingsverktøy. Samtidig som det var vanskelig for pasientene og forstå smerteskalaen. Hjelpdahl et al. (2015) sin studie viser at noen deltagere synes nummerert skala var vanskelig å forstå, da det var for mange nivåer. Andre deltagere forstod skalaen, men ventet med å gi beskjed før smerten var over 7. Når pasienter venter til smerten er så høy som 7, har pasienten sterke smerter. Det er ønskelig, i følge til Fredheim et al. (2011), å behandle smerter på over 3. Egne erfaringer fra praksis på kirurgisk avdeling tilsier at jo lengre man ventet med å smertelindre, jo vanskeligere er det å smertebehandle. Det vil si at om man hadde kartlagt disse smertene tidligere, og oftere, kunne pasienten klart seg med mindre smertestillende, enn når pasienten har ligget lenge med smerter. Dette forutsetter at pasienten har fått god informasjon, og forstår smerteskalaen.

Kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel ved kartlegging av postoperativ smerte. I møte med enkelte pasientgrupper, for eksempel eldre pasienter med kognitiv svikt eller pasienter som har nedsatt evne til kommunikasjon, kan det være vanskelig å benytte seg av kartleggingsverktøy. Her viser Holm et al. (2011) at ansiktskala kan være et nyttig hjelpemiddel. Samtidig kan denne også vise seg å være utfordrende ved kritisk syke eller ved funksjonshemming. Lindenskov et al. (2016) sin studie viste at hos denne pasientgruppen kunne det være svært vanskelig og smertelindrende, på den måten at pasientgruppen ikke kunne gi uttrykk for sin smerte på samme måte. Det kom fram at kunnskap og erfaring med denne gruppen var et godt utgangspunkt for smertelindring, samtidig kunne sykepleieren meddele at de var usikre om pasientene var smertefri etter smertebehandling. Spesielt gjelder dette pasientgruppen som hadde «den stille smerten». Denne gruppen hadde sykepleierne spesielt bekymring for, da pasientene ofte lå helt stille i sengen. Konsekvenser for denne gruppen er at man kan risikere manglende oppmerksomhet fra sykepleierne, og er dermed i risiko for nedsatt smertevurdering, og med det utilstrekkelig postoperativ smertelindring.

Pasienter med nedsatt evne til å tilbakerapportere sin egen smerte er en stor andel pasienter. Høy forventet levealder medfører at mange eldre, som gjerne har flere tilleggssykdommer gjennomgår operasjon. Dette gjør at det krever kunnskap om denne pasientgruppen slik at man kan gi en tilfredsstillende smertelindring på en god måte. Studien til Lindenskov et al. (2011) viser at sykepleierne som utførte smertelindring til denne pasientgruppen gjorde en smertevurdering hovedsakelig basert på fysiologiske indikatorer, samt delvis adferd hos pasientene. Til tross for at det finnes smertekartleggingsverktøy som er utviklet spesielt for denne pasientgruppen, ble ikke disse brukt av sykepleierne. Selv med erfaring og kunnskap viste studien at sykepleierne opplevde kartlegging av smerte til denne pasientgruppen som utfordrende. Til denne pasientgruppen kan det også være relevant å involvere pårørende, da de ofte har en indikasjon på hvordan man kan hjelpe pasienten.

5.2.3 Smertelindring

For å få en optimal smertelindring postoperativt er det flere element og begreper som må henge sammen. Disse må sees i en helhet. Man kan ikke bare informere, gi medikamentell behandling, eller gi omsorg og velvære.

Informasjon er noe som har en sentral del i postoperativ smertelindring. I forkant av operasjonen kan sykepleierne informere og forberede pasienten på smerten som kommer postoperativt. Pasienten bør også gjøres kjent med smertekartleggingsverktøyet, og viktigheten av god smertelindring. Viktigheten av å rapportere smerte, kommer også frem i studien til Khatib et al (2018). Preoperativ informasjon kan være med på å redusere angst og gi et bedre postoperativt forløp. Studien viser også at sykepleierne er de som oftest er mest rundt pasienten, og burde derfor være den som informerte om postoperative plager.

Pasient- og brukerrettighetsloven §3- Rett til medvirkning og informasjon §3-2 sier at pasienten har rett på aktuell informasjon. Det vil si at pasienten har rett på å få informasjon om sin helsesituasjon og helsehjelpen som skal mottas. Det skal også informeres om risikoer og bivirkninger (Pasientrettighets loven 1999, §3-2). Studien til Fredheim et al (2011) viser at 67% av pasientene hadde fått informasjon om smertelindring postoperativ, men at kun 19% hadde fått informasjon om risiko for å utvikle kroniske postoperative smerter.

Studien til Hjelpdahl et al (2015), derimot, viser at ni av ti deltagere fremhevet at de hadde fått god informasjon om smertelindring postoperativt. Her er det sprikende resultater. En grunn til dette, kan være antall deltakere i de ulike studiene. Studien til Hjelpdahl et al (2015) inkluderte 10 deltagere, Fredheim et al (2011) inkluderte 215 og på den måten kan man få ulike utfall statistisk.

I enkelte tilfeller kan det være riktig å ikke informere om risikoer ved inngrep, som i noen kulturer. Berntzen et al (2013) skriver at i noen kulturer er det ikke vanlig å informere før det kirurgiske inngrepet, da dette kan medføre ekstra belastning. Dette er noe man må ta med i vurderingen når man skal informere pasienten. Man må også vurdere hvilke informasjoner den enkelte pasient har behov for å vite. Alle pasienter er ulike, noe som tilsier ulike behov i forhold til informasjon. Dette er et viktig moment i et stadig flerkulturelt samfunn.

Benner & Wrubel (2001) definerer stress som ett brudd på noe som er meningsfullt for pasienten. Stresset er et resultat av hvordan pasienten oppfatter den nye situasjonen som den befinner seg i. På den måten kan man relatere stress til den smerten som vil komme i det postoperative forløpet. Holm et al (2011 s. 46) viser til sykepleieforskning som viser at preoperativ informasjon kan være med på å redusere angst-, stress-, og smertenivå. Konsmo (1995) skriver at Benner og Wrubel mener at stress er en tilstand som alle opplever. Ved hjelp av informasjon i forkant kan vi som sykepleiere være med på å redusere det stressnivået pasienten kan oppleve.

Benner og Wrubel (2001) mener at omsorg er grunnleggende i sykepleie. Vi må bry oss om våre pasienter for å kunne bygge relasjoner, skape tillit og på den måten forstå situasjonen rundt pasientene. Dersom man skal kunne oppnå god smertelindring postoperativt må det skapes tillit mellom pasienten og sykepleieren (Berntzen et al., 2013, s. 362). Tillit skapes gjennom relasjoner. Benner og Wrubel mener at man kan ikke hjelpe, lindre eller helbrede plagene til pasienten uten å bry seg, og med det vise omsorg. Altså det å bry seg, vise omsorg, og ha tiltro til pasientens smerteopplevelse er en sentral del i smertelindringen postoperativt.

Som nevnt i teoridelen, bruker Benner og Wrubel (2001) begrepet velvære i stedet for helse. Benner og Wrubel (2001) definerer velvære som en sammenheng mellom personens muligheter og den situasjonen personen befinner seg i, ved å oppleve noen meningsfylt i livet. Berntzen et al (2013) skriver at mye av lidelsen som oppstår på bakgrunn av smerte kan reduseres ved å lindre ubehag. Ettersom ekstra påkjenning kan øke smerteopplevelsen, vil reduisering av dette ubehaget ha en lindrende effekt. For eksempel om pasienten har smerte i operasjonssåret samtidig som pasienten ligger ubehagelig vil dette være med på å forsterke smerten. Berntzen et al (2013) skriver at det er sykepleieren som har ansvar for å hjelpe å legge til rette slik at pasienten får den hjelpe til å dekke de grunnleggende behov, og på den måten ikke tilføre ekstra ubehag til pasienten. Egne erfaringer tilsier at alle pasienter er ulike, og hva som er meningsfylt for den enkelte er noe man må snakke med den enkelte pasienten om.

5.3 Konklusjon

For å kunne smertelindre optimalt postoperativt er det flere elementer som må henge sammen. Sykepleiere må, mellom annet, inneha kunnskap om smerte og smertelindring. Gjennom denne bacheloroppgaven er det blitt belyst at dårlig smertelindring postoperativt kan føre til kroniske smerter. Studien til Granheim kommer det frem at sykepleiere, i frykt for å påføre pasienten opioidavhengighet, undermediserer pasientene. Dette selv om en svært lav prosentandel av pasientene utviklet opioidavhengighet. Noe som kan tyde på at sykepleiere ikke innehar gode nok kunnskaper om smertelindring ved bruk av opioider.

Det viser seg at det er et gap mellom teori og praksis når det kommer til smertevurdering hos pasientene. Sykepleierne er klare over at det er pasienten som kjenner sin smerte best, men likevel blir ikke dette praktisert. I denne bacheloroppgaven kommer det fram at om man ikke er bevist egne holdninger, kan en fort legge egne erfaringer til grunne, og smertelindre ut i fra dette. Det kan tyde på pasientens smerteopplevelse blir nedjustert.

Systematisk registrering viser seg å være et bra hjelpemiddel innen kartlegging av smerte. Dette gjelder bare dersom det følges opp systematisk, og pasienten er godt informert og gjort kjent med verktøyet. Pasienten må ha kunnskaper om fordeler av god smertelindring postoperativt. De bør være informert om risikoen for kroniske smerter ved mangelfull smertelindring. Hvilke kartleggingsverktøy som bør bli brukt er situasjonsbetinget og kommer an på pasientgruppen.

Sykepleierens rolle i smertelindringsprosessen postoperativ er sammensatt. Et av fokusområdene bør være å skape gode relasjoner til pasienten. Relasjoner kan være med på å redusere stresset, ved at pasienten føler tillitt til sykepleierne. Sykepleiere som kjenner pasienten godt har gode muligheter til å kunne tilføre pasientene noe meningsfullt. Gjennom dette kan sykepleieren legge til rette for økt velvære hos pasienten. Redusering av stress og økt velvære vil være med på å øke effekten av smertelindringen.

Referanseliste

- Benner, P. & Wrubel (2001) Omsorgens betydning i sygepleje. *Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, Danmark.
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R. (2013) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I.N.J. Almås, H., Stubberud, D.G., Grønseth, R (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4 utg., s. 273-333). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H. (2013) Sykepleie ved smerter. I.N.J. Almås, H., Stubberud, D.G., Grønseth, R (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4 utg., s. 355-395). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016, 31 mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 16. mars 2019 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Fredheim, O.M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., Borchgrevink, P.C. (2011) Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift Norsk Legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.10.112
- Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.A., Dihle, A. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleienf. 4*, 326-334. doi: 10.4220/sykepleief.2015.55983
- Helsebiblioteket (2016, 3 juni) Sjekklister. Hentet 20/3-19 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

- Hjelpdahl, A.K.S & Leegaard, M. (2015) Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleief.* 2, 162-196. doi: 10.4220/sykpleief.2015.54454
- Holm, S. & Kummeneje (2011) Pre- og postoperative sykepleie. *Med dagkirurgi.* (2. Utg.) Bergen: Fagbokforlaget
- Khatib, S.K. & Raziv, S.S. (2018) Nurse's Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra. *Indian Journals.* doi: 105958/0974-9357.2018.00011.9
- Kirkevold, M. (2001) Sykepleieteorier: *Analyse og evaluering.* (2.utg). Oslo: Gyldendal
- Konsmo, T (1995) En hatt med slør. Omsorgens betydning for sykepleie- en presentasjon av Benner og Wruble. Otta: TANO AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014) Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, Nortvedt, F., & Skaug, E (Red.). Grunnleggende sykepleie 1: *Sykepleiens grunnlag, roller og ansvar* (2 utg., s.15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindenskov, L. & Bjørk, I.T. (2016) Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing. *Nordisk sygeplejeforskning* 6, 198-209. doi: 10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08
- Nortved, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012) *Jobbkunnskapsbasert! En arbeidsbok.* Oslo: Akribe.
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV- 1999-07-02-63)
Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Thidemann, I.J. (2017) *Bachelor oppgaven forsykepleie studenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgave skriving.* (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler.* (2011). Hentet 27/3-19 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Vedlegg 1

Artikkelmatriser.

Artikkel 1

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>Tittel:</p> <p>Pasienters medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi.</p> <p>Forfattere:</p> <p>Hjelpdahl, A.K.S & Leegaard, M.</p> <p>Årstall: 2015</p>	<p>Beskrive hvordan pasienter erfarer og delta i den postoperative smertebehandlingen.</p>	<p>Et kvantitativt design. Det er foretatt ti semistrukturerte intervjuer tredje postoperative dag. Det ble gjort en kvalitativ innholds analyse av datamaterialet.</p>	<p>Pasienter som har gjennomgått hofte- eller kneprotesekirurgi. Ti pasienter deltok i studien. Syv kvinner (59-74 år) og tre menn (64-81 år).</p>	<p>Flere av deltagerne var ikke optimalt smerte lindret.</p> <p>Ulik oppfatning og handling innenfor egen smerte tilbakemelding.</p> <p>Ulike rutiner for bruk av smertekarleggingsverktøy.</p>

Artikkel 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Tittel:</p> <p>Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</p> <p>Forfattere:</p> <p>Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.A., Dihle, A.</p> <p>År: 2015.</p>	<p>Å få økt kunnskap om sykepleiers og sykepleiestudenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.</p>	<p>En tverrsnittstudie. Innsamling av data ved hjelp av en norsk versjon av kartleggingsverktøyet Nurses knowledge and attitudes survey regarding pain (NKAS-N).</p>	<p>200 sykepleier og studenter ble invitert. 114 sykepleiere ved kirurgisk sengepost. 86 sykepleiestudenter på tredje utdanningsår, og som har gjennomført kirurgisk praksis. 165 deltok.</p>	<p>Sykepleier og studenter hadde gode kunnskaper på noen områder i forhold til smertelindring.</p> <p>Sykepleiere og studenter var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Det ble avdekket et gap mellom teoretisk kunnskap og praksis.</p>

Artikkel 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Tittel: Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus.</p> <p>Forfattere: Fredheim, O.M.S, Kvarstein, G., Undall, E. Stubhaug, A., Rustøen, T., Borchgrevink, P.C.</p> <p>År: 2011.</p>	<p>Postoperative smertebehandling har stor betydning for pasienten. Denne studien vil se på postoperativ smertebehandling på norske sykehus.</p>	<p>En tverrsnittstudie. 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 sykehus.</p> <p>Studien er basert på pasienten egen rapporterte data, og data fra journalen til pasienten.</p>	<p>Voksne pasienter over 18 år som var inneliggende på sykehus. 285 ble tatt ut og 215 ble inkludert i studien.</p> <p>Gjennomsnittsalderen var 54,8 år.</p> <p>163, (78%) var elektive pasienter, mens 46 (22%) var øyeblikkelig hjelp pasienter.</p>	<p>Gjennomsnitt smerteintensitet det første operative døgnet var 3, på nummerert skala. Det er vist et betydelig forbedrings potensialt for kartlegging, dokumentasjon og behandling av smerte.</p>

Artikkel 4

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>Tittel: Sykepleiers kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrapporing.</p> <p>Forfattere: Lindenskov, L. Bjørk, I.T.</p> <p>År: 2016</p>	<p>Å utforske hvilke utfordringer sykepleierne møter i kartlegging av postoperativ smerte, og evaluering av smertebehandling hos pasienter med nedsatt evne til selvrapporing.</p>	<p>En kvalitativ intervjuundersøkelse. Det ble gjennomført fokusgruppe intervju. Det var to grupper fordelt på 4 og 5. Fokusgruppene ble intervjuet to ganger. En observatør deltok under intervjuene, samt noterte uklarheter under intervjuene. Intervjugruppene ble tatt opp og transkribert ordrett.</p>	<p>Ni erfarne sykepleiere som jobbet ved postoperative avdelinger. Syv kvinner og to menn. Minimum to års erfaring for å bli inkludert. Gjennomsnitt 13-års erfaring fra postoperativ avdeling. Syv av sykepleierne hadde videreutdanning.</p>	<p>Sykepleiere mente det var utfordringer å smertelindre pasienter som ikke kunne bekrefte sykepleiernes vurdering. Viser en treghet i utvikling av retningslinjer for sikker smertekartlegging og vurderinger av denne pasientgruppen.</p>

Artikkel 5

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>Tittel:</p> <p>Nurse's role in acute postoperative pain management: A survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra.</p> <p>Forfattere:</p> <p>Khatib, S.K., Raziv, S.S.</p> <p>År:</p> <p>2018</p>	<p>Sykepleiernes rolle i samhandling med pasienter som har sterke smerter postoperativ</p>	<p>En tverrsnittstudie. Gjennomført en spørreundersøkelse. Spørreskjema bestod av multipl choice spørsmål. Det ble gjennomført en test studie på en anestesilege og en erfaren sykepleier. Spørreskjemaene ble sendt via post eller e-mail.</p>	<p>Sykepleiere med mist 6 måneder erfaring innenfor postoperativ avdeling var inkludert. 88 sykepleier var inkludert. 27 sykepleiere hadde mer enn ti års erfaring. 61 sykepleiere hadde mindre enn ti års erfaring.</p>	<p>Sykepleiere spiller en viktig rolle i behandlingen av smerte postoperativt. Dette på bakgrunn av observasjonene og vurderingen av klinikken til pasienten. Sykepleierne etterspør også mer spesialisert undervisning i smertelindring.</p>

Vedlegg 2

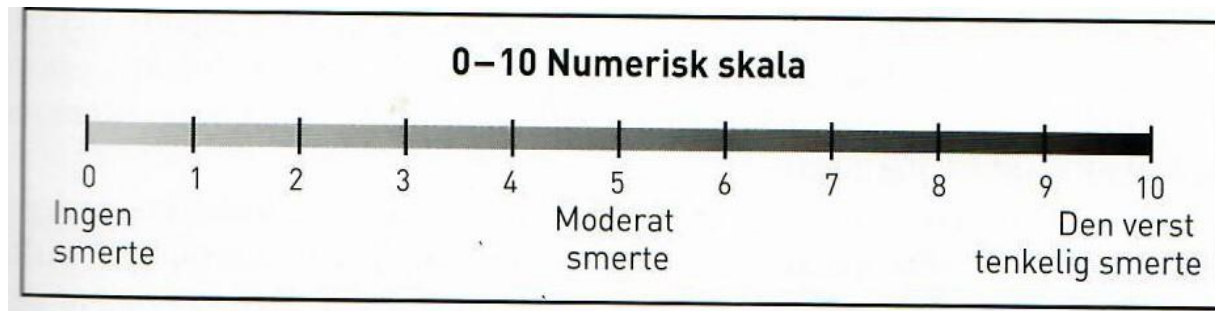
Her vist ved fig.1 eksempel på verbalskala, fig. 2 viser eksempel på numerisk skala.

Figur 1



Holm at. al (2011) s.73

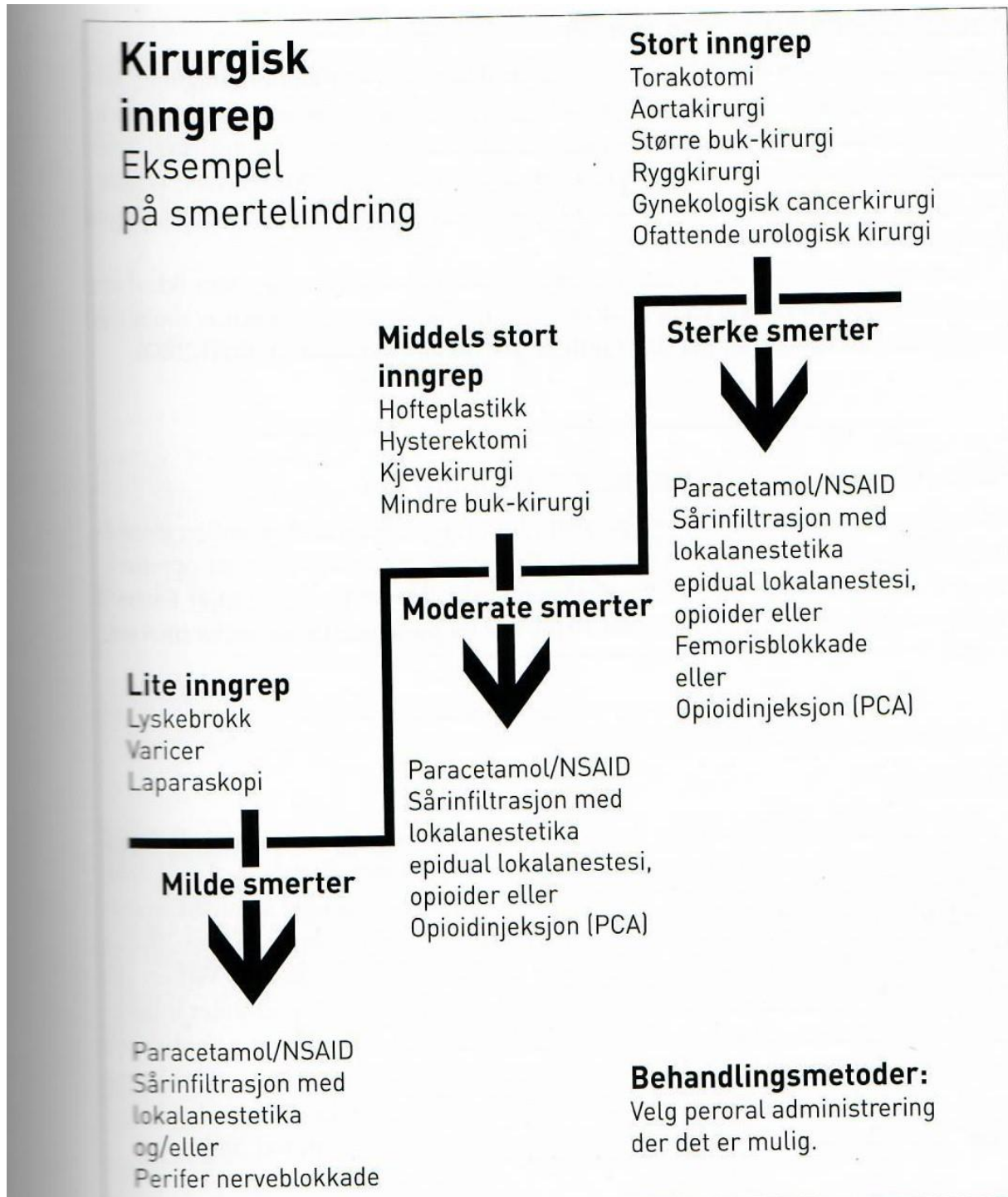
Figur 2



Holm at. al (2011) s.73

Vedlegg 3

Her vises eksempel på smertelindring ved kirurgiske inngrep.



Holm at. al (2011) s. 75