



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	423
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7911
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	76
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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 Smertelindring  
Postoperative Pain Management

**Kandidatnummer: 423**

Bachelor i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet, Bergen

Innleveringsdato: 21. 05. 21

Antall ord: 7911

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

## **Abstract**

**Background:** In average, one out ten Norwegians undergoes surgery annually. 38 percent of them report insufficient pain relief. Inadequately pain-relieving patients can have major consequences in the form of physiological outcomes, such as venous thrombosis, cardiovascular diseases and lung complications, in addition to increasing risk of chronic pain. Pain management is paramount to treatment in the postoperative process and nurses are the closest to the patient in these situations and are important in this treatment.

**Objective:** To shed light on what it takes for a nurse to avoid patients experiencing insufficient pain relief postoperatively.

**Method:** Systematic literature study

**Results:** Six research articles were included. The studies found that pain relief is an interaction between patient and nurse. The nurse must focus on creating a good relationship with the patient, have good attitudes, identify pain and provide pain relief based on a holistic approach of the patient

**Conclusion:** Nurses should focus more on the patient behind the pain in order to create trust and communication in what can benefit during the treatment of postoperative pain.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 Innledning</b>	<b>5</b>
<b>2.0 Teori</b>	<b>6</b>
2.1 Smertebegrepet	6
2.2 Postoperative smerter	6
2.3 Kommunikasjon	7
2.4 Smertekartlegging	8
2.5 Medikament	9
2.6 Sykepleieteori	9
<b>3.0 Metode</b>	<b>11</b>
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	11
3.3 Søkeprosess	11
3.4 Analyse	12
3.5 Kildekritikk	13
3.6 Kritikk av metode	14
3.7 Etske vurderinger	15
<b>4.0 Resultat</b>	<b>15</b>
4.1 Presentasjon av studier	15
4.2 Holdninger	15
4.3 Relasjon	17
4.4 Smertekartlegging	18
4.5 Smertelindring	19
<b>5.0 Diskusjon</b>	<b>20</b>
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Relasjon i betydning av smertelindring	21
5.2.2 Sykepleiers holdninger til smerter og effekten av dette	23
5.2.3 Kartlegging av postoperative smerter for optimal smertelindring	23
5.2.4 Håndtering av smerter	25
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>27</b>
<b>Referanser</b>	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1 – PICO</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg 2 – Flytskjema</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 3 – Søketablell</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg 4 – Litteraturmatrise</b>	<b>36</b>

## 1.0 Innledning

Hvert år gjennomgår en av ti nordmenn en kirurgisk operasjon der 38 prosent av voksne pasienter rapporterer utilstrekkelig smertelindring (Ræder, 2011). Forskning viser videre at sykepleiers kunnskaper til smertelindring er mangelfulle (Granheim, Hovde & Dihle, 2015). Som sykepleier har man etter de yrkesetiske retningslinjene § 2.10 et «ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (NSF, 2019). Etter en operasjon er smerter vanlig å oppleve for pasienter på kirurgisk avdeling. Dårlig kontrollerte postoperative smerter kan ha store konsekvenser og ubehandlet postoperativ smerte har ledet til vedvarende kroniske smerter, men også vært knyttet til utvidet sykehusopphold, venetrombose og hjerte- og lungekomplikasjoner, inkludert pneumoni og kan føre til død (Fredheim, Borchgrevink & Kvarstein, 2011). Til tross for gode forutsetninger for god smertelindring, er det pasienter som lider unødvendig. Kan dette være på grunn av sykepleierens manglende kunnskap om smertelindring?

I denne oppgaven vil det være den fysiske smerten som står i hovedfokus, men også hvordan psyken spiller inn i behandlingen av de påførte smerter gjennom kirurgi. Oppgaven vil videre ta for seg temaet smertelindring med fokus på postoperative pasienter på kirurgisk avdeling. Sykepleiere har et særskilt ansvar når det kommer til smertelindring, både fysisk og psykisk. Smertelindring er en stor og viktig del i sykepleieryrket, og et tema jeg synes er spennende og som jeg ønsker å få bredere kunnskap og forståelse for. Grunnlaget for valg av tema kommer både fra erfaring av å selv være pasient og fra praksis der smertepåvirket pasienter var et kjent problem. I praksis fikk jeg komme tett på pasienter med store smerter og tatt del i smertevurdering og behandling, og ikke minst; sett viktigheten av tilstrekkelig smertelindring. Avgrensning til problemstillingen vil være akutt smerte oppstått av kirurgi.

Jeg har med dette grunnlaget kommet frem til problemstillingen:

*«Hvilken kunnskap bør sykepleier ha for å optimalisere smertelindringen til en pasient med postoperative smerter?»*

## 2.0 Teori

### 2.1 Smertebegrepet

*International Association for the Study of Pain (IASP)* definerer smerte som «an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage» (IASP, 2020).

Smerte er en personlig erfaring, og er en svært sammensatt opplevelse som blir påvirket av en rekke faktorer (Almås, Stubberud & Grønseth, 2016, s. 383). Smerte oppfattes i hjernen ved at smerteimpulser, som underveis blir påvirket av transmitterstoffer, blir ledet fra perifere steder på kroppen til hjernen via spesielle nervebaner, der smertene blir bearbeidet og tolket (Almås, et al., 2016, s. 383). Smerte er et advarselssignal med avgjørende betydning for menneskets overlevelse, og har som formål å beskytte det skadde området under helingsprosessen (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013, s. 36). Smerter engasjerer det autonome nervesystemet og har psykodynamiske effekter som angst, stress og påvirket humør, som tvinger individet til å reagere passende på en nociceptiv stimulans (Werner & Leden, 2010, s. 29).

Akutt smerte er et fysiologisk resultat av en ekstern eller intern nociceptiv stimuli og aktiverer nervefibre fra en spesialisert gruppe kallet nociceptive neuroner som utgjør første ledd i smertetransmissionen (Jensen, et al., 2013, s. 37-38). Aktivering av nervefibrene formidles av nociceptorer i membranen av nociceptive nervefibre som induserer et aksjonspotensiale ved tilstrekkelig stimuli. Nerveimpulsen blir sendt videre herfra til det skadde vevet gjennom bakhorn i ryggmargen, her skjer det en kobling som sender signaler tilbake til hjernen som oppfatter informasjon om smerteintensitet og lokalisasjon samt de emosjonelle, kognitive og analyserende komponentene som inngår i den komplekse opplevelsen av smerter (Jensen, et al., 2013, s. 37-38).

### 2.2 Postoperative smerter

Akutt smerte og stress i samband med traume og kirurgi medfører økt mortalitet og morbiditet (Rhodin, 2014 s.125-126). Jensen et al. (2013, s. 170) beskriver at kirurgiske inngrep utløser en inflammatorisk og endokrin metabolsk stress-respons som fører til økt

krav til organene. Dette kan ses mellom annet i form av takykardi, endret respirasjon, hypermetabolisme og nedsatt immunforsvar (Jensen, et al., 2013, s.170). Traumeresponsen etter kirurgi er hensiktsmessig og hindrer blodtap ved at puls og blodtrykk stiger og koaguleringen stopper blødningene (Almås, et al., 2016, s. 311).

Postoperative smerter behandles symptomatisk og skal opprettholde livskvaliteten både fysisk, emosjonelt og sosialt ved å redusere ubehag, angst og lidelse (Jensen et al., 2013, s. 184). Det er også ønskelig at smertebehandlingen er sikker, har færrest mulig bivirkninger, og at den bidrar til hurtig restitusjon. Optimalt sett hadde målet vært at pasienten var smertelindret under mobilitet siden mobilitet spiller en viktig rolle i den postoperative fasen (Jensen et al., 2013, s. 184-185).

Ifølge Almås et al. (2016, s. 381), blir det rapportert at mellom 20-30 prosent av postoperative pasienter ikke er adekvat smerte-lindret i den postoperative fasen. Wahl & Rustøen (2008, s. 272) hevder at postoperativ smerte kan deles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerten er den konstante smerten av vevs-og nerveskade som oppstår etter kirurgi, og gjennombruddssmerter er smertetopper som blant annet kommer av bevegelse, hoste og lignende bevegelser. Målet med postoperativ smertebehandling er å hindre gjennombruddssmerter (Almås, et al., 2016, s. 381).

### 2.3 Kommunikasjon

Tidligere studier viser at pasienter ikke er godt nok smertelindret postoperativt og at mangelen på god kommunikasjon kan være skyldig i dette (Wahl & Rustøen, 2008, s. 357). Ifølge Wahl & Rustøen (2008, s. 274) har preoperativ informasjon til pasienter positiv effekt på resultater postoperativt. Det er sykepleierens moralske plikt å respondere på pasienten sine smerter (Sandvik & Rustøen, 2020). Sykepleiere skal ta pasientens smerter på alvor og kommunisere slik at pasienten føler seg «sett, forstått og akseptert» (Wahl & Rustøen, 2008, s. 369). Det er også viktig at sykepleier oppfordrer pasienten til å snakke om smertene sine og hjelpe til med å sette ord på smerteerfaringene til pasienten (Heggen & Danielsen, 2020).



## 2.4 Smertekartlegging

Å få kartlagt smerte er viktig for riktig smertebehandling. En vurdering av smerten hos en postoperativ pasient bør inneholde karakter, atferdsmessige endringer ved smerte, konsekvenser av smerte for pasienten, nåværende eller tidligere behandling av smerte og pasientens forventning til smertelindringen (Wahl & Rustøen, 2008, s. 275).

For å kunne gi riktig smertebehandling, er det viktig at sykepleier bedømmer smertens intensitet ved akutt smerte etter kirurgi for å gi effektiv smertelindring. Her kan man ta i bruk ulike smerteverktøy som Visuell analog skala (VAS), Numerisk skala (NRS) og verbal beskrivende skala (VRS) (Rhodin, 2014 s.127). Pasienter med postoperativ smerte skal smerte kartlegges hver fjerde time. Det går også an å kartlegge smerter utfra pasientens lyder, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, fysiologi og kroppslige forandringer (Rhodin, 2014, s. 128). Pasientens smerter med både intensitet, lokalisasjon, karakter og tidsforløp, samt endringene i smertene over tid er vesentlig å fange opp for oppfølgingen videre (Jensen, et al., 2013, s. 82).

Det er en utfordring for sykepleiere at pasientens smerteopplevelse er subjektiv og måling av smerter er objektiv. Undersøkelser for smertekartlegging viser at helsepersonell vurderer smerter vesentlig lavere enn pasienten selv (Jensen, et al., 2013, s. 84). Målinger kan heller ikke sammenlignes opp mot andre pasienter, da smertene er individuelle selv om de viser samme tall på et skjema. Det kreves av pasienten at han har gode kognitive funksjoner i målingen av smerteintensitet. Der de kognitive funksjonene er svekket, kan mimikk og vokalisering i samarbeid med vitalia som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, svetteproduksjon, kapillærfylling og pupillediameter snakke for smertene og veilede sykepleier i hvor sterke smerter pasienten har. Smertekarakter kan endre seg under sykdommens forløp, noe som kan gi god klinisk informasjon. Ut ifra beskrivende ord som brennende, skjærende, krampaktig, gnagende eller elektrisk, kan sykepleier forstå noe om smerte typen eller smertemekanismen (Jensen, et al., 2013, s. 84)

Ifølge Stalin, et al, (2013, s. 84), viser undersøkelser på postoperative pasienter med smerter at vurderingen av lett og moderat smerte skiller ved 3,0 VAS enheter, mens grensen for moderat og sterk smerte ligger på 5,5.

## 2.5 Medikament

Ordinasjoner av medikament baseres på sykepleiers observasjoner av pasienten. Under det postoperative forløpet behandles mye av smertene med opioider (Wahl & Rustøen, 2008, s. 277). Ifølge Wahl & Rustøen (2008, s. 277-278), blir grunnsmerten postoperativt i hovedsak behandlet med intravenøs infusjon og/eller bolus av morfinpreparat, for å så gå over til per os-medisinerer. Gjennombruddssmerten blir som regel behandlet med opioider med rask effekt. Opioidavhengighet er også en konsekvens sykepleier må tenke på med postoperativ smertelindring og opioidmisbruk bør derfor unngås (Wahl & Rustøen, 2008, s. 277). Ved tverrfaglig samarbeid med blant annet sykepleier, lege fysioterapeut, psykosomatisk seksjon og smerteteam kan smertene til pasienten forstås ut fra bredere sammenheng og man kan lettere behandle de aktuelle smertene på riktig måte med både medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder for å unngå opioidmisbruk (Wahl & Rustøen, 2008, s. 285).

«Bruk av flere medikamenter og teknikker (multimodal smertebehandling) er nødvendig for god balanse mellom smertelindring, bivirkninger og risiko. Systemisk administrering av både paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID), opioider og glukokortikoider har effekt mot postoperativ smerte» (Fredheim et al., 2011).

## 2.6 Sykepleieteori

Joyce Travelbees sykepleieteori fremhever et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie, der kommunikasjon spiller en sentral rolle. Travelbee definerer et menneske-til-menneske-forhold som «flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk» (Travelbee, 2001, s. 41). Det er i hennes teori viktig at sykepleier ser pasient som et unikt menneske og for å bli kjent må sykepleier vektlegge kommunikasjon og samhandling. For god kommunikasjon med pasient krever det at sykepleier har faktakunnskap om sykdommen til pasient, teoretisk forståelse for situasjonen og ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Sykepleier bruker seg selv terapeutisk og det er pasientens behov og beste som er i fokus. Pasienten vil føle at sykepleier bryr seg om hvordan pasienten har det, og dette vil virke positivt på tilstanden til pasienten. Pasienten «glemmer» smertene fordi hun tenker på noe annet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 28-35).

Travelbee beskriver ikke individene for pasient og sykepleier, men som menneske, og mener med dette at det er slik den reell kontakt oppstår (Travelbee, 2001, s. 171). Dette forholdet bygges opp gradvis hver dag gjennom samhandling og kommer ikke av seg selv. Sykepleier må i følge Travelbee (2001, s. 172), strukturere sykepleierintervensjonen i full bevissthet og bruke tilgjengelig kunnskap og innsikt. Menneske-til-menneske-forholdet etableres først etter at sykepleier har med pasient hatt det innledende møtet og at fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse har tatt sted. Synonymt for dette menneske-til-menneske-forholdet er gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 172). Videre blir dette forholdet beskrevet som «en erfaring som er betydningsfull for begge parter» (Travelbee, 2001, s.177)

Travelbee beskriver empati som en erfaring som finner sted mellom en til flere personer og er evnen til å ta del i forståelsen til menneskets psykiske tilstand i øyeblikket (Travelbee, 2001, s. 193). Tillit er vesentlig i når en føler empati og det er avhengig av likhetstrekk mellom to personers erfaring (Travelbee, 2001, s. 195). Sympati og medfølelse er et skritt videre fra empati og er et ønske om å lindre plager og innebærer blant annet å være følsom eller påvirkes av andres opplevelser og følelser (Travelbee, 2001, s. 200). Det er også et tema at emosjonell støtte kan hjelpe på fysiologiske behov (Travelbee, 2001, s. 214)

I smertebehandling, bygger sykepleier på oppfatningen av pasientens smerter (Travelbee, 2001, s. 112). Joyce Travelbee understreker at det er to grunnleggende behov når det kommer til kirurgiske inngrep som må oppfylles dette er *behovet for informasjon* og *behovet for sikkerhet*. Det er også et tema om at de som vet hva de har i vente, vil heller ikke bruke mye fantasi på å tenke ut hva som kan skje. Det å være der for pasienten, støtte og berolige vil kunne være en trygghet for pasienten og er synonymt med sikkerhet i denne sammenheng. Følelsesmessig støtte og beroligelse er viktig i kirurgi (Travelbee, 2001, s. 262). Kunnskap sykepleier gir i forbindelse med operasjon, vil ikke nødvendigvis gjøre pasienten angstfri, men er et viktig skritt i retning av å akseptere realiteten (Travelbee, 2001, s. 263).

### 3.0 Metode

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som er valgt i oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en prosess der aktuell litteratur blir samlet, analysert og sammenfattet (Thidemann, 2015 s.79-80). Oppgaven er sekundærdata og baserer seg på data som er innsamlet av andre (Thidemann, 2015, s.77). Hensikten med studien er å gå i dybden på forskning som allerede finnes og svare på en problemstilling, med et mål om å gi leseren en bredere forståelse av tema. Litteraturstudien vil belyse problemstillingen med bruk av pensum, faglitteratur, forskningsartikler, offentlige dokument, yrkesetiske retningslinjer og av egen erfaring. Oppgaven bygger videre strukturen til en litteraturstudie med innledning, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon (Dalland, 2020, s. 198).

#### 3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Oppgaven vil inkludere pasienter og sykepleiere sine opplevelser med postoperativ smerte. Dette er for å få frem både sykepleier og pasient sitt perspektiv for den helhetlige forståelsen av postoperativ smertelindring. Artikler som inkluderes er ikke over ti år gamle, og skal inneholde friske voksne mennesker innlagt på kirurgisk sengepost. Studiene må være skrevet på norsk eller engelsk for at resultat ikke skal bli mistolket på grunn av oversettelser. Artikler blir ekskludert dersom de inneholder barn eller eldre, samt pasienter med underliggende sykdommer. Opioidavhengige blir ikke inkludert i oppgaven da dette vil være et for stort tema å gå nærmere inn på. Det blir heller ikke avgrenset geografisk da smertebegrepet er kjent internasjonalt og behandlingen av smerter kan overføres til andre deler av verden og vil gi et større utvalg av forskning.

#### 3.3 Søkeprosess

For å finne relevant forskning til problemstillingen, ble det utarbeidet en søkestrategi for å få et effektivt søk. PICO (Helsebiblioteket, 2016) ble brukt som et hjelpemiddel i å sortere, strukturere og optimalisere søket. PICO deler problemstillingen opp i fire, basert på populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall. Jeg har sett bort fra sammenligningen, siden det ikke er relevant for min problemstilling. Refererer til PICO (vedlegg 1).

Et systematisk søk i nyere litteratur ble foretatt ved bruk av databasene CINAHL, PubMed og SveMed+, da disse er nøyaktige og oversiktlige databaser. Databasene er hentet fra Høgskulen på Vestlandet (HVL) sine sider og er tilrettelagt til søk for sykepleiere (HVL, u.å.). Søkene som fikk treff var med Mesh-termene: «Postoperative pain», «postoperative», «pain management», «Pain treatment», «Pain assessment», «Nursing», «qualitative», «Healthcare practitioners» i kombinasjon med hverandre. I tillegg ble det i fritekst søkt på «Postoperative smerter norske sykehus» og «postoperative smerter» på SveMed+ med treff. Søkene som er gjort er fremstilt i søkeprosessen (vedlegg 3).

Jeg valgte å søke etter både kvantitative og kvalitative artikler for å få en helhetlig kunnskap. Det som kjennetegner en kvantitativ artikkel er at det er målbare resultat, mens det ved kvalitative artikler vil inneholde meninger og opplevelser som ikke kan måles (Dalland, 2020, s. 54). I dette tilfelle vil det være optimalt å ha en oversikt over hvor stort dette problemet med utilstrekkelig smertebehandling for postoperative pasienter er, samt erfaringer fra pasient og sykepleier på hvorfor dette er et problem.

Utvelgelsen av artikler startet med en passende overskrift. Videre ble hensikt, problemstilling, innhold og resultat i sammendraget på artiklene i søket undersøkt overordnet. For dypere forståelse av innholdet ble sammendrag og konklusjon lest, og urelevante artikler ble ekskludert.

Seks artikler ble vurdert som gode nok gjennom helsebiblioteket sine sjekklister for kvalitative og kvantitative studier, og vurdert i forhold til kvalitet og svar på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016). Vurderingen tok for seg kritiske spørsmål til artiklene basert på enkle spørsmål om utvalget, resultatene og relevans i praksis. Blant disse artiklene var det fem kvalitative og en kvantitativ. Refererer til Flowdiagram som viser utvelgelsen av artikler fra start til slutt (vedlegg 2).

### 3.4 Analyse

Artiklene som er inkludert i litteraturstudien er systematisk fremstilt i en litteraturmatrise. Dette skjemaet setter studiene opp mot hverandre og skiller likheter og ulikheter på en oversiktlig og overordnet måte. Utover litteraturmatrisen er det gjort analyse av studiene i

form av holdbarhet, relevans og styrke, og som tidligere nevnt, også gjennom helsebibliotekets sjekklister. Artikler er valgt ut ifra hva som kan hjelpe sykepleiere i å tilegne seg den kunnskapen som er ønskelig i den postoperative smertebehandlingen. Analyse av artiklene er fremstilt i litteraturmatrisen (vedlegg 4).

### 3.5 Kildekritikk

Kildekritikk blir, ifølge Dalland (2020, s.152) utført for å vise at det er gjort en god vurdering av litteraturen som inkluderes. Avgrensingen til problemstillingen, gir teori basert på et stort område. På samme måte, vil tidsbegrensing kunne skjule god kunnskap. Litteratur i oppgaven var avgrenset til et område på ti år, men det er likevel inkludert en bok fra 2008 da denne har vært pensum i sykepleie og inneholder mye relevant kunnskap og anses som å være relevant for oppgaven. Det er også verdt å nevne at en artikkel fra 2018 kan være like relevant som en bok fra 2020 da det tar tid før en bok er ferdigprodusert. Artiklene er også hentet fra anerkjent tidsskrift og er vurdert som troverdige.

At alle artiklene var strukturert med IMRaD (Introduksjon, metode, resultat og diskusjon) skaper oversikt og en struktur som er lett å finne fram i. En svakhet er at de kvalitative artiklene er at resultatene er selvrapportert, målbare parameter som måling av fysiologiske prosesser etter en operasjon i kroppen er ikke tatt med og det gir et objektivt utfall som kan føre til feilkilder. Kvalitative studier viser også et lite utvalg, og det kan være store variasjoner fra person til person i opplevelser. Språk kan også føre til feiltolkninger ved oversetting. Forskjellige resultater kan derfor forekomme fra ulike tolkninger.

Et inklusjonskriterie var at pasientene skulle være i alderen 18-65, men dette har i noen artikler, der fokuset er sykepleier sin side i smertehåndteringen, blitt at sykepleier er mellom 18-65. Utover dette er det en artikkel som er tatt med som faller utenfor kriteriene om alderspennet. Alderspennet er på 18-80 år. Grunnen for at denne artikkelen er tatt med, er at den inneholder mye god generell kunnskap.

Det er også inkludert et par artikler om studier fra Etiopia og Jordan som går inn på en problematikk som vi i Norge ikke vil anse som kritiske. Dette er problematikken ved for stor kostnad ved medisiner til smerter eller at menn behandles annerledes enn kvinner.

Kjønnforskjeller blir diskutert, men primært er det brukt andre poeng fra disse to artiklene videre i oppgaven.

### 3.6 Kritikk av metode

Metodekritikk er ifølge Thidemann (2015, s.79) å være kritisk til den metoden en har brukt. Søkeprosessen har vært krevende med tanke på pandemien vi nå opplever. Bibliotekene har vært stengt i perioder, og det har vært en utfordring å ikke være på skolen under oppgaveskrivingen, både grunnet manglende kommunikasjon og diskusjon med medstudenter og lærere, og at terskelen for å nå fagpersonell er større. Det har vært utfordrende å strukturere en oppgave basert på egne erfaringer og jeg opplever det vanskelig å vite om man er på riktig spor i arbeidet.

Smertelindring til postoperative pasienter er et bredt område, og ønsket var å innsnevre problemstillingen mer. Søkeord inkludert som «postoperative pain management» er svært generelle og det gjorde at søket ble stort og genererte veldig mange artikler. På grunn av at språket i flere av artiklene er avansert engelsk, gir det også rom for feiltolkning. På den andre siden var det, i mine øyne, et mindre utvalg og dårligere kvalitet på artiklene ved mer spesifikke søk. Konklusjonen ble da at jeg ville søke bredere for kanskje å finne både nyere og større utvalg av artikler. Det er derfor en mulighet for at resultatet hadde sett annerledes ut med andre søkeord.

Det som er benyttet i oppgaven fra studiene er av egen tolkning og hva jeg tenker er nødvendig for å svare på problemstillingen. Dette kan skape feiltolkninger og en sammenfatning som ikke samsvarer det artiklene var ute etter. En annen feilkilde kan være den kvantitative artikkelen som viser variabler fra 2011, noe som kan være betraktelig endret den dag i dag. Ellers kan også personlige erfaringer i de kvalitative artiklene variere fra hensikt med studie eller etter sykehusets miljø.

### 3.7 Etske vurderinger

«Etikk er systematisk refleksjon over moralsk praksis» (Alvsvåg, Aadland & Nitter, 2019, s.51). I litteraturstudien er det sett nærmere på de etiske forholdene i artiklene. I en

litteraturstudie er det avgjørende å ta hensyn til akademiske normer for kildehenvisning og ta hensyn til frivillighet, anonymitet og samtykke (Thidemann, 2015, s.12). Kilder som elles er inkludert er tatt fra pensum eller bøker fra biblioteket, samt anerkjente tidsskrift. Litteraturstudien er basert på kjente databaser og kvalitetssikret gjennom helsebiblioteket sine sjekklistor (Helsebiblioteket, 2016). Gjennomgående god kildebruk er viktig for å unngå plagiat. Referanseteknikk er i Apa7th stil med rettleiing fra "søk og skriv" (Søk og skriv, 2021). Et etisk problem som kan forekomme under litteraturstudie er ulike resultater. Det er her viktig å være tro mot funnene. Alle artikler inkludert har hatt etiske vurderinger fra etiske komiteer og er anonymisert og har samtykke fra deltagende.

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Presentasjon av studier**

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hva kunnskap som mangler hos en sykepleier i den postoperative smertelindringen hos voksne pasienter innlagt på kirurgisk sengepost. Etter aktive søk i databaser, ble det valgt ut fem artikler som kunne besvare problemstillingen. Samtlige av de aktuelle artiklene er utført på sykehus etter operasjon og undersøker grunner til utilstrekkelig smertelindring.

Videre vil jeg presentere fra de ulike artiklene under punktene holdning, relasjon, smertekartlegging og smertelindring. Dette fordi det vil gi en oversikt over viktige punkt i de ulike artiklene opp mot hverandre.

### **4.2 Holdninger**

Angeli et al. (2020) avslørte helsepersonell sine holdninger og strategier i sitt arbeid mot smerter. Tre temaer ble identifisert: Å skape relasjon til pasienten, profesjonalisme og samarbeid. I studien til Eshete et al. (2019) ville forventninger og holdninger påvirket smertelindring-prosessen. Noen pasienter hadde høye forventninger og urealistiske håp om operasjonsresultater og forventet ikke smerter postoperativt. Dette kan svekke omsorgen.

Xavier et al. (2018) kommer med sin undersøkelse frem til at sykepleierne prøver å nærme seg pasienten i dens smertelindring gjennom psykologisk støtte, betrygge, praktiserende humanisering og administrere reseptbelagte medisiner. I studien til Shoqirat (2019) viser



funnene at barrierer for smertelindring kan være at sykepleiere oppfattet stereotyper av pasienter. Dette inkluderte undertema som "maskulinitet vs. kvinnelighet" og "eldre mot ungdom», eller oppmerksomhetssøkende atferd. Når smertebehandling av sykepleiere er formet av pasientens egenskaper og atferd, endres deres tilnærming til smertebehandling. I artikkelen til Shoqirat et al. (2019) diskuterer de forskjellene på kjønn henhold til toleranse ved smertelindring. De hevder at menn blir sett på som mer tolerante for postoperative smerter og trenger mindre pleieoppmerksomhet enn kvinner. I artikkelen til Shoqirat et al. (2019) omtaler sykepleiere kvinnelige pasienter som krevende eller overfølsomme. På grunn av forskjeller i toleranse for smerte mellom kvinner og menn, der kvinner ser ut til å ha dårligere toleranse, er holdningene til sykepleiere ovenfor postoperative smerter på kvinner omtalt som potensielt dømmende og smertelindringen kan bli unøyaktig som konsekvens av dette.

Den svenske studien til Angelini et al. (2020), brukte dybdeintervjuer for å få en dypere forståelse av helsepersonell sine erfaringer i praksis. Deltakerne ble bedt om å beskrive situasjoner som helsepersonell opplever som tilfredsstillende, så vel som mindre tilfredsstillende, etterfulgt av spørsmål med ytterligere fokus på pasientmedvirkning. Resultater viser helsepersonell opplever tvetydighet og frustrasjon i hverdagens praksis; tvetydigheten i å ønske å lindre smerte, men ikke å øke en avhengighet, var frustrerende. Denne tvetydigheten var anstrengende, men tegn på overforbruk tilsidesatte helsepersonell sitt etiske ansvar for å lindre smerte. Studien viste også at erfaring spiller stor rolle i smertehåndteringen.

Studien til Eshete et al. (2019) utforsker blant annet barrierer relatert til sykepleier i forhold til smertelindring opp mot barrierer til pasienten. Barrierer for sykepleier er ifølge artikkelen mangel på utdanning og øvelse og mangel på empati. Barrierer til pasienten er at de har positive holdninger til å takle høy smerte, der tanker om at smertene vil gå vekk eller at smertene er et tegn på heling er sentralt. En annen faktor som spilte inn på smertehåndteringen var ifølge studien at det var 4-5 sykepleiere på 40-50 pasienter og for mye arbeid til å huske smertelindring, noe studien til Shoqirat et al. (2019) støtter. I følge Shoqirat et al. (2019) er mangel på tid den viktigste hindringen for optimal smertelindring.

Studien til Van Dijk et al. (2016) fremhever pasienters tendens til å undervurdere den postoperative smerteopplevelse, fordi pasienter er tøffe mot seg selv. En pasient sa at den individuelle smerteterskelen avhenger av graden av motstandskraft som man har, og at dette er forskjellig mellom mennesker. De forklarte at fordi de var vant til smerte, hadde de en høy smerteterskel og kunne håndtere mer smerte enn pasienter uten kronisk smerte.

Shoqirat et al. (2019) har basert på studiens funn, foreslått en omfattende og tverrfaglig strategi for å forbedre kirurgiske pasienters smertebehandling. Resultatet til i studien til Angeli et al. (2020) viser også at tverrfaglig kommunikasjon er viktig og det å holde seg til en plan gav helsepersonell følelse av god omsorg.

#### 4.3 Relasjon

Angelini et al. (2020) fremhever at en ekte mellommenneskelig forbindelse beskytter og støtter pasient-sykepleier-forholdet. Det er også grunnlaget for utviklingen av en ærlig kommunikasjon og er viktig når man vurderer den enkelte person. I studien til Eshete et al. (2019) lytting til pasienten et viktig bidrag for å lindre smerte, og det vart antatt som avgjørende i postoperativ smertelindring. I følge Van Dijk et al. (2016) var en barriere for dårlig lindring det å oppleve grunnleggende mistillit: Uttrykket av smerte ved å bruke et tall fra 0 til 10 ble påvirket av pasientenes oppfatning av fagpersoner; noen pasienter nøyte med å rapportere høy NRS-score, og trodde at helsepersonell ikke ville tro at de virkelig hadde så mye smerte. En pasient definerte grunnleggende mistillit som "mental smerte". Pasienter mente at disse holdningene skyldtes mangel på synlig vevsskade. Angeli et al. (2020) fremhever også tillit som en vesentlig faktor, men også kommunikasjon.

Barrierer knyttet relasjon kan også ifølge Van Dijk et al. (2016) være preget av pasientens bekymringer for å bli sett ned på av helsepersonell. Det å bli sett på som en plage ved høye rapporterte scoringer på NRS- poeng, eller at pasienten føler sykepleiere tror han overdriver kan føre til at pasienten lar være å rapportere om smerter. Noen pasienter i studien til Van Dijk et al. (2016) ønsket å oppfylle forventningene til den profesjonelle i hvilket smertepoeng som passer best på den opplevde smerten med tanke på hva som ville være den mest sosialt akseptable smertepoeng. De justerte smertepoengene til det estimerte nivået som de trodde helsepersonell vil finne det logisk (Van Dijk, et al., 2016).

Shoqirat et al. (2019), understreker at pasientenes familie kan spille en viktig rolle i å forbedre kvaliteten på smertebehandling.

#### 4.4 Smertekartlegging

I den kvantitative artikkelen som er inkludert fra postoperativ smerte på norske sykehus (Fredheim et al., 2011), konkluderer de med at den gjennomsnittlige smerteintensiteten første postoperative døgn var på 3,0 på 11 punkts skala. Litt under halvparten av pasientene, 38 prosent, rapporterte gjennomsnittlig smerte på større eller lik 4. En mindre andel av pasientene på 11 prosent rapporterte gjennomsnittlig smerte på større eller lik 6,8, der svakeste smerte i ro var på 4. Intensiteten til smertene til pasientene var dårlig rapportert. 52 prosent av pasientene var spurt om smerteintensitet ut fra skala, mens 78 prosent og 74 prosent hadde blitt spurt om behov for smertestillende og deretter effekt av denne. Ut fra disse målingene kommer studien til Fredheim et al. (2011) frem til at det er et behov for forbedring når det kommer til kartlegging, dokumentasjon og behandling av postoperative smerter i norske sykehus.

Artikkelen til Xavier et al. (2018) fant at sykepleiere i undersøkelsen blant annet evaluerte smerter gjennom verbal tilnærming og kroppsuttrykk, brukte skala fra en til ti, eller observerte vitalia som takykardi og pasientens egen erfaring. Studien til Xavier et al. (2018) understreker at sykepleiere spiller en viktig grunnleggende rolle i registrering og overvåking av smerte og nødvendigheten i å utvikle studier som stimulerer måling, analyse og korrekt opptak av dette signalet som forårsaker flere lidelser i pasientens livskvalitet

Både studiene til Shoqirat et al. (2019), Xavier et al. (2018) og Angeli et al. (2020) fremhever bruk av et smerteverktøy som angir smerte i skala, såkalt NRS (numeric rating scale). Pasienter i studien til Van Dijk et al. (2016) syntes det var vanskelig å vurdere smertene sine ved hjelp av en NRS-score fordi de følte at de hadde en "unik" smerteopplevelse. Flere pasienter sa at de opplever smerter annerledes og derfor vil tildele sin egen verdi fra 0 til 10. En pasient rapporterer vanskeligheten av å måle fordi helsepersonell har en tolkning, mens pasienten har en. Pasienter konkluderte med at det tydeligvis var en forskjell mellom deres tolkning av tålelig og uutholdelig smerte og for fagpersoner (Van Dijk et al., 2016). I følge

Eshete et al. (2019) var barrieren bruk av smertekartleggingsverktøy at sykepleier hadde personlige meninger om pasientens smerter, eller at måten pasienten spurte på spiller inn. Noe Shoqirat et al. (2019) støtter ved utsagnet "stereotyper av pasienter", eller at oppmerksomhetssøkende atferd er en barriere.

I studien til Van Dijk et al. (2016) gav pasientene lavere NRS-score enn smertene som faktisk opplevdes i påvente av reaksjonen fra helsepersonell. Ved vurdering av deres nåværende smerte ved bruk av NRS-score brukte pasienter tidligere smerteopplevelser som en referanse for å bedømme deres nåværende smertenivå. Pasienter som hadde opplevd alvorlige smerter tidligere pleide å betrakte deres nåværende smerte som mindre alvorlige enn pasienter som ikke hadde opplevd alvorlige smerter før. Tallet 5 ble sett på av mange pasienter som et naturlig midtpunkt i smerteskalaen. Derfor brukte pasientene ofte en NRS-score på 5 som et avskjæringspunkt: Ved 5 og under ble smerten ansett som tålelig, og over 5 ble smerten kalt "ekte smerte." Når pasienter ble spurt hvordan de tildelte smerten et nummer, sa mange pasienter at de opplevde en forskjell mellom smerte i ro og smerte ved bevegelse (Van Dijk et al., 2016).

#### 4.5 Smertelindring

Xavier et al., (2018) påstår at smertekontroll forbedrer livskvaliteten. I studien kom det frem at sykepleiere observerte ansiktsuttrykk, verbal rapport, og at sykepleiere gir medisin som er forskrevet ut ifra spørsmål til pasient om hvordan smertene er.

Eshete et al. (2019) finner i sin studie at barrierer som er primært knyttet til smertestillende er redsel for bivirkninger eller tanker om at smertestillende verken er bra eller leger sår. Van Dijk (2016) støtter denne teorien ved at pasientene tviler på smertestillende midler på grunn av toksisitet, og tenker det ikke er bra. Noen pasienter godtok smertestillende midler, mens andre pasienter sa at de fleste smertene var forbigående og nektet derfor smertestillende midler. Noen pasienter sa at de nektet opioider fordi de tidligere hadde opplevd typiske opioide bivirkninger som sedasjon og kvalme (Van Dijk, et al., 2016).

Noen pasienter sa at de trengte opioider ved NRS-score fra 6 og utover, mens noen bare trengte opioider fra NRS 7 eller enda høyere. Pasienter ga forskjellige grunner til at de ikke

ville ha opioider, eksempelvis skremmende historier om opioider fra familie og venner, tidligere erfaring med bivirkninger, ønsket om å bære sin egen smerte, tanker om at smerte er et signal som forteller kroppen at den trenger hvile eller at de måtte venne seg til smerte (Van Dijk et. al., 2016).

Effektiv smertebehandling avhenger av presis og omfattende vurdering av pasientens symptomer, funksjonell status og klinisk historie. Slik vurdering skjer ved bruk av verktøy som har en tendens til finne og kvantifisere smerteopplevelsen til klienten på en pålitelig og gyldig måte for å legge til rette for kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell (Xavier et al., 2018).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Litteraturstudie som metode har vært nyttig i å strukturere oppgaven systematisk for å svare på problemstillingen. Alle søkeord i PICO ble ikke tatt i bruk, men var til god hjelp i å komme i gang med søk.

Ved å begrense bruken av databaser vil man gå glipp av artikler man kunne funnet i andre databaser. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene kan ha utelukket gode artikler med gode poeng. Tidsbegrensingen på ti år vil også utelukke god forskning. Artikler innen ti års periode kan også være utdatert, og målinger og ny forskning kan ha erstattet relevansen. Tidspresset avgrensar hvor mye søk man kan foreta seg og begrenser mulighetene til å gå i dybden på mange artikler.

Postoperativ smertelindring til pasienter på sykehus er et relativt vidt tema og det kan dras inn mange elementer. Problemstillingen kunne blitt snevret inn til et mer spesifikt tema som "operasjon i mage-tarm-område" og smertelindring til dette postoperativt. Dess mer spesifikt tema, dess mindre artikler vil finnes i søk. Dermed ville det være mindre kunnskap og et mye mindre perspektiv på problemstillingen. Jeg konkluderte derfor med at det var bedre med en problemstilling med mye forskning.

Bruk av litteratur som allerede finnes vil skape utfordring ved vinklingen av oppgaven sett opp mot slik man kanskje i utgangspunktet ønsker. Studiene som blir inkludert vil i aller høyeste grad forme oppgaven.

Litteraturstudie som metode er valgt for å få en oversiktlig oppgave, der valgt litteratur vil fokusere på problemstillingen. Uansett har det dukket opp utfordringer på veien. Der ønsket litteratur ikke svarer på problemstillingen er det hentet artikler fra andre land med en helt annen kultur og en annen måte å takle problemer på. Jeg har valgt å se bort fra dette i oppgaven, og i stedet trukket ut det som er relevant. Dette kan skape feilaktige svar i forhold til helhet.

Selv om artikkelen Eshete et al. (2019) og Shoqirat et al. (2019) bærer preg av at de går ut ifra et helt annet helsesystem vil poengene de kommer frem til kunne overføres og belyses i håndteringen av smerte også hos norske pasienter.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Relasjon i betydning av smertelindring

Å ha godt forhold til pasienten ble identifisert som nøkkelkomponenten i postoperativ smertelindring. En ekte mellommenneskelig relasjon støtter pasienten og sykepleiers forhold. Det er også grunnlaget for utviklingen av en ærlig kommunikasjon. Studiene bygger opp på viktigheten i å se helheten til pasienten bak smertene. Å bygge et sunt forhold mellom pasient og sykepleier krever åpenhet og virkelig lytte til å få kontakt med personen. Dette fremhever studien til Eshete et al. (2019), der det kom frem at lytting til pasienten var avgjørende i den postoperative smertelindringen. I studien til Angelini et al. (2020), kom det frem at om sykepleier virkelig lytter til pasienten, bidro dette til å lindre smertene. En pasient kom med utsagnet om at sykepleier må vise pasienten at hun virkelig ser at han har det vondt. Smerter skal ikke ignoreres. Det er også viktig å ha i bakhodet at smerter kan være kombinert med andre aspekter i pasientens liv som kan føre til forverring av smertene (Angelini, et al., 2020).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee støtter dette forholdet med at sykepleier har et ansvar å etablere relasjon med pasienten og at samhandling er et viktig begrep i smertebehandlingen (Travelbee, 2001, s. 172). Et annet poeng Travelbee har er det at sykepleie handler om den mellommenneskelige prosessen. Menneske-til-menneske-forholdet kan ta tid for sykepleier og pasient og etablere. Det etableres først når sykepleier ser på seg selv og pasient som menneske (Travelbee, 2001, s. 172).

Fra teorien kom det frem at kommunikasjon kunne være grunnen til at pasienter ikke var godt nok smertelindret etter kirurgi (Wahl & Rustøen, 2008, s. 357). Informasjon kom også frem som en viktig komponent i behandlingen av smerter. Det at pasienten får vite på forhånd at smerter er konsekvens av det kirurgiske inngrepet gav effekt på forløpet videre (Wahl & Rustøen 2008, s. 274). Det er viktig at sykepleier tar seg tid å snakke med pasienten og gi den informasjonen om det postoperative forløpet som pasienten ville kunne oppleve for at han skal kunne forberede seg til det som kommer og være bedre rustet for utfordringer. Samt trygge pasienten med at smerter er normalt.

For at pasienten sine smerter skal føles sett, forstått og for å skape en ærlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er samsillet mellom empati, sympati og medfølelse viktig. Sykepleier er personlig involvert i pasientens følelser. Varmen i omsorgen sykepleier gi gjennom sympati og medfølelse kan vises gjennom kommunikasjon, men også gjennom kroppsuttrykk som ansiktsuttrykk, blikk, bevegelse og væremåte (Travelbee, 2001, s. 200-201). Nærvær i sykdomsforløpet kan psykisk lette på pasientens kamp mot sykdommen. Gjennom sympati og medfølelse vil sykepleier være i stand til å forstå pasientens plager, sette seg inn i pasientens følelsesmessige situasjon og ta det innover seg samt ha et sterkt ønske om å lindre plager.

En annen barriere for dårlig smertelindring er opplevelsen av mistillit. At pasienter i følge Van Dijk et al. (2016) hadde en følelse av at sykepleier ikke ville tro på pasientens smerter skapte mistillit og ble omtalt som "mental smerte". Pasienter ville også, i forhold til samme studie, tilpasse sin smertescore slik som de trodde sykepleier ville det skulle være i håp om å få en bedre relasjon og ikke bli oppfattet som sytende. Som sykepleier er det viktig å trygge pasienten og skape tillit i det som kan hjelpe på forståelse av smerten. Når det kommer til

trygging, understrekte Shoqirat et al. (2019) viktigheten familien hadde i kvaliteten på smertebehandling. Sykepleier må inkludere pårørende og skape relasjon for å få en helhetlig tillit fra pasient.

### 5.2.2 Sykepleiers holdninger til smerter og effekten av dette

I studien til Shoqirat, et al. (2019) diskuterer de forskjeller i holdninger blant kvinner og menn. Det er viktig at sykepleier har en sensitiv holdning og forståelse til smertene bak ordene og får frem viktigheten i å snakke ærlig og bli for å få tilstrekkelig med smertelindring. Fysiologiske forskjeller på kjønn kan ha noe å si for smerteoppfatningen. Sykepleiere i samme studie oppfattet forskjeller i holdningene og kunne fortelle på generell basis hvordan de ulike kjønn forholdte seg vanligvis til smerter (Shoqirat, et al. 2019). Kultur påvirker hvordan hver person opplever og reagerer på smerte (Van Dijk, et al., 2016) og når pasientens atferd endres, blir deres tilnærming til smertebehandling endret (Shoqirat et al., 2019). Shoqirat et al. (2019) fokuserte her på at menn blir sett på som mer tolerante og trenger mindre pleieoppmerksomhet enn kvinner, dette er en holdning sykepleiere bør se litt vekk i fra for å ikke skape forskjell i hvordan pasientene behandles på grunn av kjønn. Når sykepleiere bedre forstår pasientenes behov mens de tar hensyn til pasientens sosiale kontekst, kan kvaliteten på pasientens smertebehandling og kvaliteten på omsorgen forbedres.

Angeli et al. (2020) identifiserte relasjon med pasienten, balanse og samarbeid som viktige faktorer for sykepleiere sine holdninger ovenfor smertepregede pasienter. Sykepleier bør skape, som tidligere nevnt, en god relasjon til pasienten og bygge videre på dette gjennom holdninger. Studien til Eshete et al. (2019) ville holdninger påvirke smertelindring-prosessen. Pasienter med høye forventninger og urealistiske håp om operasjonsresultater, som ikke forventet smerter etter kirurgi, ville kunne føle svekket omsorg.

### 5.2.3 Kartlegging av postoperative smerter for optimal smertelindring

I studien til Fredheim et al. (2011) kommer det frem at det ikke er tilstrekkelig smertevurdering i norske sykehus. Her er det både dårlig rapportering og dårlig oppfølging av smertene som kommer frem som sentrale punkt i funnene.



Travelbee beskriver vanskeligheter sykepleiere har i forbindelse av å måle smerteintensitet (Travelbee, 2001, s 112). Målinger av smerte vil være vanskelig for sykepleier uten kunnskap og erfaring. I studien til Xavier et al. (2018) blir den viktige rollen sykepleier har i registrering og overvåking tatt for seg. Sykepleiere i studien evaluerte pasientens smerter gjennom ord, kroppsuttrykk, skala, vitalia og pasientens erfaring. Korrekt opptak av disse signalene er vesentlig for at det skal bli riktige målinger i forhold til medisinerings.

NRS ble trukket frem i studiene til Shoqirat et al. (2019), Xavier et al. (2018) og Angeli et al. (2020) som en skala å bruke i målingen av smerte. Kjent teori støtter også bruken av NRS som skala i smertebehandling (Rhodin, 2014 s.127). Pasienten får ved denne målingen angi sin egen smerte på en skala fra null til ti, noe som gir pasienten mulighet til å medbestemme i sin egen smertebehandling. Studien til Van Dijk et al. (2016) fremhever pasientens følelse av "unik" smerteopplevelse. Eshete et al. (2019) fremhever det at stereotypisk innblikk på pasienter påvirker smertebehandlingen og at sykepleier sine personlige meninger om pasienten er en barriere i smertekartlegging. Sykepleier har en tolkning av pasientens smerter, mens pasienten har en erfaring. Det er viktig at sykepleier ikke overkjører pasienten med ens egen oppfatning av andres smerter og at pasient får ha sitt ord inn i medvirkningen av den behandlingen som blir utført for å lindre.

Effektiv smertebehandling avhenger av en presis og omfattende vurdering av pasientens symptomer, funksjonelle status og kliniske historie, gjennom verktøy som har en tendens til å lokalisere og kvantifisere, på en pålitelig og gyldig måte, smerteopplevelsen til pasienten for å lette kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleier (Xavier, et al., 2018). I teorien finner vi at smerter postoperativt bør kartlegges så ofte som hver fjerde time og at smertene bør kartlegges ut ifra lyder, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, fysiologi og kroppslige forandringer (Rhodin, 2014, s. 128). Det er også vesentlig at sykepleier kartlegger smertene med intensitet, lokalisasjon, karakter og tidsforløp, samt endringer over tid (Jensen, et al., 2013, s. 82). Dersom sykepleier har kontroll på disse faktorene, vil smertebehandlingen kunne tilrettelegges bedre den unike smerten pasienten opplever.

Vitalia spiller stor rolle i oppfølgingen av pasientens smerter både akutt og over tid. Ifølge Jensen, et al. (2013, s. 84), vil endringer i smerter kunne gi god klinisk informasjon og beskrivelse av hvordan smerten kjennes ut for pasienten er også vesentlig for sykepleier for å forstå type smerte eller smertemekanismen. Registrering av smerte burde være så naturlig som å måle vitalia hos pasienter.

#### 5.2.4 Håndtering av smerter

Det bør bemerkes at smertebehandling er pasientens rett (NSF, 2019).

Eshete et al. (2019) sine funn, viser tanker om at smertestillende ikke er bra eller direkte leger sår er barriere for ønske om å få smertestillende. Smerte er ifølge Jensen et al., 2013, s. 36) et advarselssignal som er betydelig for menneskets overlevelse og har som formål å beskytte det skadde området under tilheling. Redselen for bivirkningene av medikament er også en barriere, noe Van Dijk et al. (2016) støtter. Sykepleier bør informere pasienten om hva medikament som blir gitt, samt virkning for gitt medikament, hva hensikten er, slik at pasienten er forberedt på det som kan komme og er mer rustet.

Av erfaring, er det ofte tilfeller av utilfredsstillende smertelindring til tross for bruk av ordinerte medikament. Dette er frustrerende, og det som kan være løsning er å tilkalle lege for videre vurdering, deretter smerteteam dersom det er et vedvarende problem. Dette støtter studien til Angelini et al. (2020). Fredheim et al. (2011) bekrefter ved sin studie at norske sykehus mangler tilstrekkelig rapportering, uten god rapportering, vil heller ikke smertebehandlingen kunne bli fulgt opp da sykepleier ikke har noe å gå ut ifra. Vellykket smertebehandling er avhengig av helsepersonellens samarbeidende innsats for å vurdere og kontrollere smertene og støttes av både Shoqirat et al. (2019) og Angeli et al. (2020).

Generell kunnskap om smerter og smertefysiologi er vesentlig i sykepleiers oppfatning av andres smerter for å både kunne forstå disse, men også behandle dem riktig. Teori fra Jensen et al. (2013, s 184-185) beskriver at de postoperative smertene skal behandles ut ifra symptom og målet er å opprettholde livskvalitet ved å redusere ubehag, angst og lidelse. På den andre siden, mener Almås, et al. (2016, s. 381) at målet med den postoperative

smertebehandlingen er å hindre gjennombruddssmerter som kommer av for eksempel bevegelse. Det som er felles er at man vil unngå ubehag.

Hovedproblemet ved smertebehandling er å veie fordeler mot risiko og bivirkninger. Dette fører ofte til underbehandling. Ifølge Fredheim et al. (2011) er multimodal behandling anbefalt. Ved denne teknikken blir det brukt flere forskjellige metoder som alle hjelper til med å lindre smerter uten en tilsvarende økning i risikoen for å utvikle bivirkninger. Et viktig mål er mindre hyppig bruk og lavere doser av opioider, fordi disse ofte gir tretthet, kvalme, forstoppelse, søvnforstyrrelse, men også risiko for respirasjonsdepresjon. Opioider må likevel brukes når det er nødvendig (Fredheim, et al., 2011). Dette kan også hindre toleransen som oppstår, ifølge Travelbee (2001, s. 114) ved vedvarende bruk.

Vanligvis vil de postoperative smertene bli behandlet med medikament som er basert på observasjoner tatt av pasientens smerter. Det startes ofte med opioider, før det går gradvis over til per- os- medisiner (Wahl & Rustøen, 2008, s. 277). Samarbeid er vesentlig for en riktig kontroll på smertebehandlingen og for å unngå misbruk av medikament. Balansen mellom overdosering og underbehandling, er noe sykepleier må lære seg ved å anskaffe forståelse i farmakologi, samt ved å erfare.

Kirurgiske inngrep skaper en endring i kroppen som øker krav til organene, dette er nemt av Jensen et al. (2013, s. 170). Som sykepleier kan du mellom annet se disse med fysiske utfall som takykardi, endret respirasjon, hypermetabolisme eller nedsatt immunforsvar. Responsen på traume er av hensikt for å hindre blodtap (Almås et al., 2016, s. 311) og det er viktig at sykepleier har denne kunnskapen på hva en naturlig reaksjon på kirurgi er og holde seg rolig med pasienten. Det er postoperativt viktig å fokusere på optimalisering av pasientens tilstand og faktumet om at god smertelindring reduserer dette stresset postoperativt (Almås, et. al., 2016, s. 311).

I og med de fysiologiske endringene i en person under smerte kan påføre angst (Werner & Leden, 2010, s. 29), er det viktig å ha dette i bakhodet på måten pasienten reagerer på. Sinne kan rett og slett være frykt. Kunnskap om at ulike reaksjoner kan forekomme er vesentlig i smertebehandlingen, og her kommer vi tilbake til helhetlig

sykepleieperspektiv. Xavier et al. (2018) understreker at psykologisk støtte, betryggelse, human praksis og administrering av ordinerte medisiner er av hovedelementene i smertebehandlingen. Travelbee (2001, s. 112), på den andre siden, trekker frem behovet for informasjon og behovet for sikkerhet som to grunnleggende behov etter kirurgiske inngrep som må oppfylles. Dersom pasienten har en anelse om hvordan forløpet vil gå, vil fantaseringen om hvordan det kan gå, begrenses. Sykepleier bør stille opp med følelsesmessig støtte, beroligelse og hjelpe pasienten med å akseptere realiteten. Man kan også supplere med komfortable tiltak for å minske smertene, samt distraksjon. Et annet fokusområde i lindringen av smerter postoperativt, er å få pasienten tidlig på beina igjen. Mobilitet vil ha gode helseeffekter og er vesentlig for at pasienten skal komme seg fort igjen etter operasjon (Jensen et al. 2013, s. 184-185), dette er kjent fokus på norske sykehus etter egen erfaring.

For lite personell på for mange pasienter kan skape kaos i smertebehandlingen, dette støtter Eshete et al. (2019) og Shoqirat et al (2019) med at mangel på tid er den viktigste hindringen for optimal smertelindring.

## **6.0 Konklusjon**

Dette litteraturstudiets hensikt var å besvare problemstillingen: *“Hvilken kunnskap bør sykepleier ha for å optimalisere smertelindringen til en pasient med postoperative smerter?”*

Smerter er en vanlig forekomst etter mest alle typer kirurgiske inngrep, og er sannsynligvis det viktigste postoperative problemet i pasientens øyne. Rask og tilstrekkelig smertelindring er kritisk. Uløst akutt smerte har mange negative effekter, inkludert flere komplikasjoner. Vurdering av pasientens smerte er førsteprioritet. Pasientens rapport er den mest pålitelige indikatoren for smerteintensitet, og bruk av en numerisk skala er et pålitelig verktøy. Forskning viser at sykepleiers holdning, relasjon til pasienten, smertevurdering samt tiltak står sentralt når det kommer til kunnskap for optimal smertelindring til postoperative pasienter. Alle feilaktige oppfatningene om postoperativ smerte er resultatet av helsepersonellens dårlige kunnskap og ferdigheter. Smertebehandling må være tilpasset den enkelte pasienten.

Jeg vil si, at synet på smertelindring er endret. Det kreves mye mer enn bare medikament og forståelse av smertefysiologi. Sykepleier skal være varmen og omsorgen i behandlingen. De skal støtte og stille opp ved hver en anledning, betrygge og på denne måte optimalisere effekten av gitte medikament. Det er konkludert med at sykepleiere trenger generelt mer utdannelse innen bruk av smerteverktøy i forbindelse med å smertelindre postoperative pasienter. Det er viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert. Smertebehandling er stadig i utvikling, og det som var god smertebehandling før, er nødvendigvis ikke god smertebehandling i dag.

## Referanser

Almås, H., Stubberud, D. G., & Grønseth, R. (2016). *Klinisk sykepleie* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

Alvsvåg, H., Aadland, E., & Nitter, A. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.

Angelini, E., Baranto, A., Brisby, H., & Wijk, H. (2020). Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care - A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1662-1672.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15230>

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

Eshete, M. T., Baeumler, P. I., Siebeck, M., Tesfaye, M., Wonde, D., Haileamlak, A., ... & Irnich, D. (2019). The views of patients, healthcare professionals and hospital officials on barriers to and facilitators of quality pain management in Ethiopian hospitals: A qualitative study. *PloS one*, 14(3), e0213644.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213644>

Fredheim, O. M., Borchgrevink, P. C., & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 131(18), 1772-6. DOI: 10.4045/tidsskr.10.1184

Fredheim, O. M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 131(18), 1763. DOI: 10.4045/tidsskr.10.1129

Granheim, T. H., Hovde, K. R., Christophersen, K. A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983

- Heggen, C., & Danielsen, A. (2020). Pasienters kroniske smerter kan være usynlig for sykepleiere. *Sykepleien*, 108(81840), 81840. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.81840.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *Pico*. Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *Sjekkliste*. Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2018, 28. Juni). § 21. *Hovedregel om taushetsplikt*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-medkommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-21.hovedregel-om-taushetsplikt>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *“Søk etter fagressursar”*. Hentet fra: <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>
- IASP. (2020, 16, Juni). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association for the Study of Pain. Hentet fra: <https://www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Jensen, T.S., Dahl, J. B., & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter: baggrund, evidens, behandling*. FADL.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Rhodin, A. (2014). *Smärta i klinisk praxis* (6. utg.). Studentlitteratur.
- Ræder, J. (2011). Postoperativ smerte–undervurdert og underbehandlet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(18), 1740. DOI: 10.4045/tidsskr.11.0849
- Sandvik, R. K. & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*, 108(80601), 80601. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80601
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., & Al Hadid, L. (2019). Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), e12779. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12779>
- Søk og Skriv. (2021, 14. Mai). *APA 7th*. Hentet fra: <https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#personlig-kommunikasjon-e-post-ereget-eksamensarbeid-forelesningsnotater-o-l>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Van Dijk, J. F., Vervoort, S. C., van Wijck, A. J., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study *International journal of nursing studies*, 53, 260-269. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007
- Wahl, A., & Rustøen, T. (2008). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal akademisk.
- Werner, M., & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Liber.
- Xavier, A. T., de Lima, M. K., Rodrigues Burgos, T. M., Cavalcanti de Lira, M. D. C., &



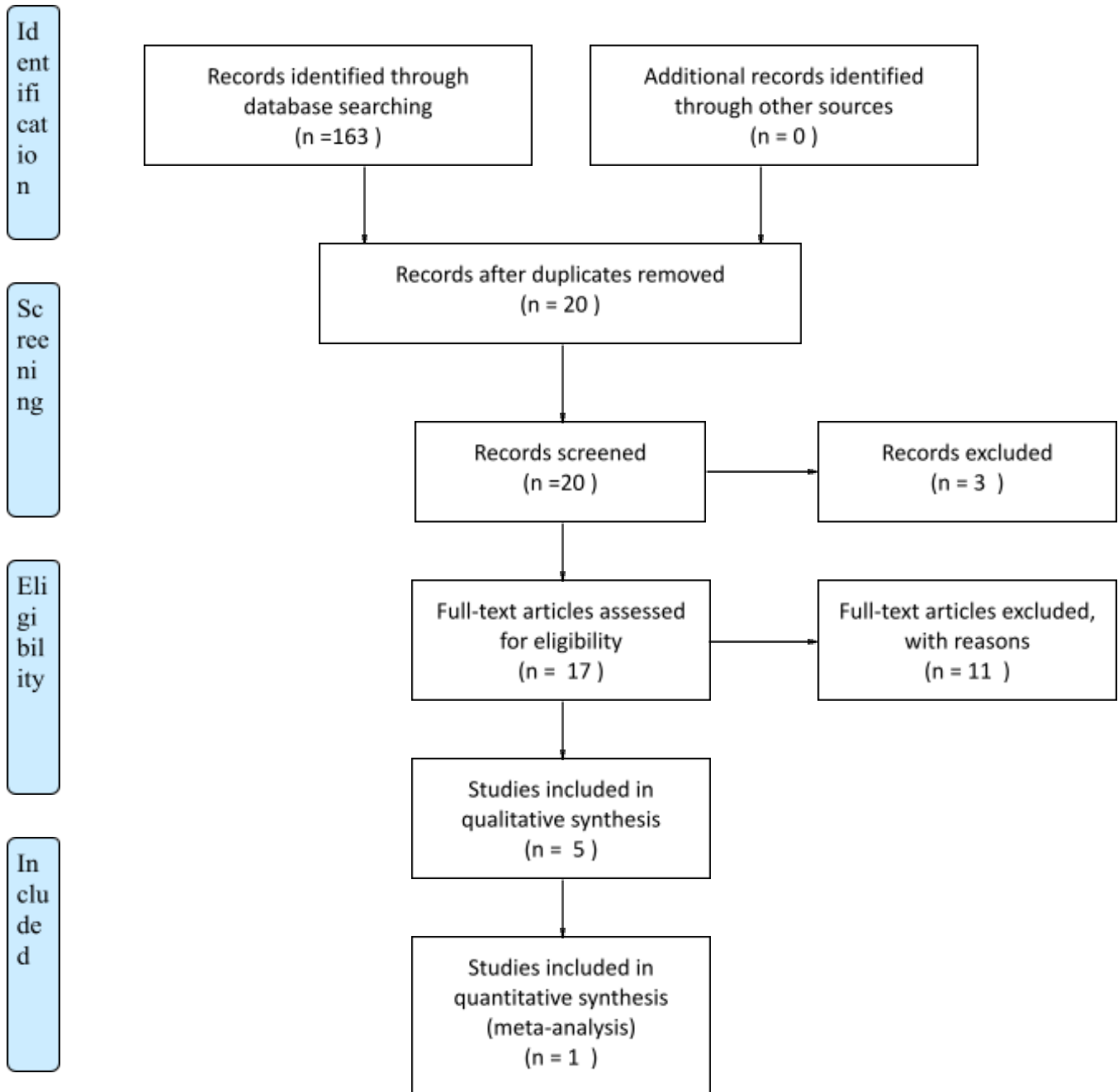
Queiroga Serrano, S. (2018). EVALUATION OF POSTOPERATIVE PAIN UNDER THE NURSE'S POINT OF VIEW. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(9). DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244020924377>

## Vedlegg 1 – PICO

Problemstilling: «Hvilken kunnskap må sykeleier ha for å optimalt smertelindre en postoperativ pasient?»			
P	I	C	O
Population/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	Hva er det med denne populasjonen eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).	Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i?
Kirurgiske Postoperative Pasienter Sykepleiere  Surgical Postoperative Patients Nursing	Smertelindring Holdning Relasjon Smertekartlegging Smertehåndtering Kommunikasjon  Pain relief Attitude Relationship Pain assessment Pain management Communication		Nødvendig sykepleie kunnskap for optimal smertebehandling postoperativt  Knowledge for nurses to manage pain postoperatively

PICO (Helsebiblioteket, 2016)

### PRISMA 2009 Flow Diagram



### Vedlegg 3 – Søketablell

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Funn
CINAHL	“Postoperative pain” AND “pain management” AND “Nursing”	“Peer reviewed” “All adult”	42	EVALUATION OF POSTOPERATIVE PAIN UNDER THE NURSE'S POINT OF VIEW
Pubmed	“Pain management” AND “postoperative” AND “nursing” AND “qualitative”  5/42	2010-2020 Adult 19+	42	Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry
PubMed	“Pain management” AND postoperative AND nursing AND qualitative  7/42	2010-2020 Adult 19+	42	The views of patients, healthcare professionals and hospital officials on barriers to and facilitators of quality pain management in Ethiopian hospitals: A qualitative study
SveMed+	«Postoperative smerter norske sykehus»	-	2	Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus
PubMed	“Pain assessment” AND “Pain treatment” AND “Postoperative pain” AND “Qualitative study”	2010-2020 Adult 19+	58	Postoperative patients’ perspectives on rating pain: A qualitative study
PubMed	“postoperative pain” AND “pain management” AND “Healthcare practitioners”	2010-2020 Adult 19+	19	Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care-A qualitative study

## Vedlegg 4 – Litteraturmatrise

Artikkel	Studie design	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
<p>EVALUATION OF POSTOPERATIVE PAIN UNDER THE NURSE'S POINT OF VIEW (2018).</p> <p>Xavier, A. T., de Lima, M. K., Rodrigues Burgos, T. M., Cavalcanti de Lira, M. D. C., &amp; Queiroga Serrano, S</p> <p>Journal of Nursing</p>	Kvalitativ	12 sykepleiere inkludert, åtte (67%) var kvinner og fire (33%) menn.	<p>Spørsmål stilt</p> <p>1) Bruker du noe instrument for å måle smerte? Hva? Og på hvilket tidspunkt bruker du en slik instrument?</p> <p>2) Hva er de viktigste tiltakene du bruker til kontrollere smerter?</p>	<p>Sykepleierene evaluerte postoperativ smerte ved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiktsuttrykk</li> <li>- Pasientens rapportering om smerter</li> <li>- Ved forhøyet puls</li> </ul>	Det konkluderes med at forfatterne anbefaler en tilstrekkelig opplæring til sykepleiere, for å sikre effektiv smertelindring	Vi får et innblikk i sykepleiere sin holdning til smertelindring, og det er relevant for å forstå hvorfor pasienter ikke blir optimalt smertelindret.
<p>Do surgical patients' characteristics and behaviours affect nurses' pain management decisions? A qualitative inquiry (2019)</p> <p>Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., &amp; Al Hadid, L.</p>	Kvalitativ	Fokusgruppediskusjoner (n = 4) ble brukt med et praktisk utvalg på 27 kvinnelige sykepleiere	Intervju med gruppe diskusjoner	Studien avdekket forskjeller i postoperativ smertebehandling knyttet til pasientens egenskaper. Mannlige pasienter ble sett på som mer tolerante for postoperative smerter enn kvinnelige pasienter og krevde	Hvis pasienters smerter etter kirurgi skal behandles effektivt bør helsepersonell samarbeide om å eliminere og forhindre potensielle skjevheter som kan føre til ulikheter i smertebehandling.	Det er vesentlig for sykepleiere og være klar over at det kan være forskjeller på kjønn og opplevelse av smerte. Uten denne kunnskapen, kan det være en hindring for optimal smertelindring.

<p>International Journal of Nursing Practiise</p>				<p>dermed mindre pleieoppmerksomhet. Som en konsekvens kan sykepleiere vurdere kvinnelige kirurgiske pasienter unøyaktig eller dømmende. Sykepleiere merker kvinnelige pasienter som "krevende" eller "overfølsomme" uten å tenke å være fordømmende. Sykepleiere rapporterte også at pasienter ledsaget av pårørende fikk raskere sykepleiesvar og tettere overvåking enn pasienter uten ledsager.</p>		
<p>The views of patients, healthcare professionals and hospital officials on barriers to and facilitators of quality pain management in Ethiopian hospitals: A qualitative study (2019)</p> <p>Eshete, M. T., Baumler, P. I., Siebeck, M.,</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Ni helsepersonell, ni pasienter og seks sykehusansatte</p>	<p>semi-strukturerte intervjuer ansikt til ansikt.</p>	<p>De identifiserte hindringene varierte fra mangel på empati fra helsepersonell til en positiv vurdering av pasientenes evne til å takle smerte. De inkluderte også manglende vekt på smerte og behandling i utdanning, og manglende ressurser. Å</p>	<p>Dette funnet krever helhetlige og inkluderende inngrepp rettet mot helsepersonell, pasienter og sykehusansatte. Den nåværende situasjonen vil ikke bli bedre dersom helsepersonell bare er opplært i fysiologi, farmakologi og smertebehandling. Pasientene må også</p>	<p>Er ikke relevant med tanke på geografisk område og at studien er tatt fra et u-land, men punktene som blir nemt i diskusjonen er veldig relevante i forhold til smertelindring og hva som hindrer for god smertelindring.</p>

<p>Tesfaye, M., Wonde, D., Haileamlak, A., ... &amp; Irnich, D.</p> <p>Plos One</p>				<p>forbedre helsepersonellens evne til å skape et gunstig forhold til pasientene og øke fagpersoners kulturelle kompetanse er viktige punkt i fremtidige smerteopplæringsintervensjoner.</p>	<p>utdannes og sykehusmiljøet må legge til rette for å gi postoperativ smertebehandling av høy kvalitet.</p>	<p>Dette inkluderer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mangel på empati</li> <li>2. Mangel på informasjon om smerte og smertebehandling</li> <li>3. Mangel på bruk av smerteverktøy</li> <li>4. Redsel for overdose og bivirkninger av medikament</li> </ol>
<p>Healthcare practitioners' experiences of postoperative pain management in lumbar spine surgery care—A qualitative study (2020)</p> <p>Angelini, E., Baranto, A., Brisby, H., &amp; Wijk, H</p> <p>Journal of clinical nursing</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>9 Helsepersonell (lege, sykepleier og fysioterapeut)</p>	<p>Deltakerne ble bedt om å beskrive situasjoner som helsepersonell opplever som tilfredsstillende, så vel som mindre tilfredsstillende, etterfulgt av spørsmål med ytterligere fokus på pasientmedvirkning.</p>	<p>Helsepersonell anså det som viktig med God relasjon – se helheten til pasienten En balansegang ved å smertelindre, men ikke gjøre pasienten avhengig av medisiner Samarbeid – lytte på pasienten</p>	<p>Denne studiens hensikt var å identifisere erfaringer, holdninger og potensielle sårbarheter i postoperativ smertelindring med tanke på helsepersonellens erfaringer for å forsøke å utdype forståelse og forbedre omsorg ved å finne problemer og redusere risikoen for dårlig postoperativ smertelindring.</p>	<p>Funn om helsepersonells opplevelse av postoperativ smerte må identifiseres og smertene må behandles for å få et positivt resultat for pasienten.</p> <p>Funnene i artikkelen kan gjøre det enklere skape forståelse og fokusere på det som kan bedre lindringen av smerte</p>

<p>Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study (2016)</p> <p>van Dijk, J. F., Vervoort, S. C., van Wijck, A. J., Kalkman, C. J., &amp; Schuurmans, M. J.</p> <p>International journal of nursing studies</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>27 pasienter en dag etter operasjon</p>	<p>Denne studien undersøker hvordan pasienter angir et nummer til deres postoperative smerte i forhold til en skala og hvilke hensyn som påvirker denne prosessen</p>	<p>Tre hovedtemaer dukket opp som påvirket Numeric Rating Scale-poengene (0–10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poengsum relaterte faktorer</li> <li>- Intrapersonlige faktorer</li> <li>- Forventede konsekvenser av en gitt smertepoeng</li> </ul>	<p>Denne studien gir innsikt i prosessen med hvordan pasienter oversetter postoperative smerter til en numerisk rangering.</p> <p>Hensikten er at pasienter og fagpersoner skal komme til en felles forståelse av smertepoengene, noe som resulterer i en skreddersydd beslutning om den mest hensiktsmessige behandlingen av pasientens postoperative smerter, spesielt dosering og tidspunkt for opioidadministrasjon.</p>	<p>Denne studien viser en fin samhandling mellom pasient og sykepleier og hva som skal til for å optimalisere forståelsen av smertene fra pasientens perspektiv.</p>
<p>Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus (2011)</p> <p>Fredheim, O. M. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., &amp; Borchgrevink, P. C.</p> <p>Tidsskrift for den Norske lægeforening</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>215 inneliggende pasienter fordelt på 14 norske sykehus.</p> <p>Første postoperative døgn.</p>	<p>Egenrapporterte data og data fra journaler.</p>	<p>Det første postoperative døgnet rapporterte 38 % av pasientene rapporterte gjennomsnittlig smerte <math>\geq 4</math></p> <p>11 % rapporterte gjennomsnittlig smerte <math>\geq 6</math>.</p> <p>8 % av pasientene rapporterte at selv</p>	<p>Studien ville videre fokusere på Bedre utnyttelse av effekten av NSAID-preparater og steroider som ledd i en multimodal analgesi.</p> <p>Mer optimal epiduralanalgesi.</p> <p>Mer systematisk kartlegging og dokumentasjon av smerte.</p>	<p>Studien har stor overføringsverdi, da studien er fra Norge, har mange deltagende og kan fortelle helsepersonell hva som trengs å fokusere på for å optimalisere smertelindringen</p>



				<p>svakeste smerte i ro hadde vært <math>\geq 4</math>.</p> <p>Intensitet av postoperativ smerte var kun dokumentert i journalen til 22 % av pasientene. 52 % av pasientene var blitt bedt om å angi smerteintensitet på en skala, mens 78 % og 74 % var blitt spurt om behov for ekstra smertestillende og om de hadde effekt av de smertestillende medisinene.</p>	<p>Systematisk preoperativ informasjon om postoperativ smerte og om risiko for kronisk postoperativ smerte.</p>	
--	--	--	--	--	---	--