



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 358

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7757

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 33
Andre medlemmer i gruppen: 351

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



BACHELOROPPGAVE

“Kan ikke-medikamentelle tiltak bidra til mestring av smerter postoperativt?”

“May non-medical measures contribute to postoperative pain management?”

Kandidatnummer

351, 358

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.2021

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.

Abstract

Bakgrunn

Smerteprofessor Audun Stubhaug uttaler seg i et intervju med Sykepleien at “Smerte er, enkelt sagt, et subjektivt fysiologisk-psykologisk-sosiologisk-kulturelt samspill som kan gjøre vondt verre” (Hofstad, 2020, s. 12). På tross av at ikke-medikamentelle tiltak blir belyst i sykepleiefaglig pensum, og store deler av forskningen viser til effekt, observerte vi det lite i praksis. Vi opplevde ofte at sykepleierne gikk direkte til medisinerrommet, fremfor å vurdere andre tiltak mot smertene. Vi opplevde også at pasientene gjerne spurte direkte etter medikamenter, fremfor andre tiltak som kunne lindre deres smerter.

Mål

Målet med bacheloroppgaven var å se på om det finnes evidens for at ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til at pasienter kan mestre postoperative smerter. Oppgaven ønsker også å fremme et fokus på bruk av ikke-medikamentelle tiltak og hvordan det kan implementeres.

Metode

Oppgaven har tatt utgangspunkt i litteraturstudie som metode, hvorav fem oversiktsartikler er inkludert. Søkene ble gjort i ulike medisinske databaser. Artikkene ble kritisk vurdert. I tillegg er relevant sykepleieteori definert, som blant annet portkontrollteorien og salutogenese.

Resultat

Resultatene i studiene viser i hovedsak til signifikante resultater som begrunner at ikke-medikamentelle tiltak kan brukes som et supplement til medikamentell behandling. Intervensjoner som førte til økt mestring av smerter postoperativt var blant annet musikkintervensjoner, informasjon, distraksjon, massasje og familietilstedeværelse. Forskningen viser at ikke-medikamentelle tiltak både er lite ressurskrevende, har lave kostnader og medfører liten risiko for bivirkninger.

Konklusjon

Konklusjonen i oppgaven basert på studier og forskning, viser hovedsakelig til signifikante resultater og effekt av de ikke-medikamentelle tiltakene, som fører til økt mestring av postoperative smerter. Tiltakene er lite ressurskrevende, har lave kostnader og medfører liten risiko for bivirkninger.

Abstract

Background

Pain Professor, Audun Stubhaug, states in an interview with the magazine Sykepleien, that “Pain is, simply defined, a subjective physiological-psychological-sociological-cultural interaction that can make bad matters worse” (Hofstad, 2020, s. 12). Despite the fact that non-medical measures are highlighted in the nursing curriculum, and major parts of the research show a positive effect, we did not experience the desired use of non-medical measures during our practice. Medications were normally chosen in preference to non-medical measures. We also experienced that patients were more likely to ask directly for medication, rather than other measures.

Aim

The aim of the bachelor thesis was to search for any evidence stating that non-medical measures favorably could be used as a supplement treatment and contribute to patients being able to cope with postoperative pain. As part of the thesis, we also wanted to bring attention to the use of non-medical measures and how the measures could be implemented.

Method

The thesis is based on a literature study as a method, of which five review articles have been included. The research has been carried out within various medical databases and all articles have been critically reviewed. In addition, relevant nursing theories have been investigated, such as the Gate Control Theory of pain and Salutogenesis.

Result

The outcome of our studies mainly refers to significant results that justify that non-medical measures successfully can be used with a positive effect as a supplement to medical treatment. Interventions led to increased postoperative pain relief, typically included use of music, carefully prepared information, distractions, massage and family presence.

Conclusion

The conclusion of the thesis based on studies and research, mainly refers to significant results and the effect of the non-medical measures, which leads to increased management of postoperative pain. The use of non-medical measures is low resource-intensive, cost effective and involves a minimal risk of side effects.

Innholdsfortegnelse

Abstract	1
Innholdsfortegnelse	4
1.0 Introduksjon	5
1.1 Innledning	5
1.2 Hensikt og formulering av problemstilling	6
1.3 Avgrensing	6
1.4 Begrunnelse for problemstilling	6
1.5 Begrepsavklaringer	7
2.0 Bakgrunnsteori	9
2.1 Portkontrollteorien	9
2.2 Salutogenese og “empowerment”	10
2.3 Smerteopplevelse	10
2.4 Sykepleiers rolle	11
3.0 Metode	11
3.1 Design	11
3.2 Søkeprosess	12
Figur 1: Flytskjema	14
3.3 Metodekritikk	15
3.4 Ethiske vurderinger	16
4.0 Resultat	16
4.1 Analyse og syntese	16
5.0 Diskusjon	20
5.1 Har ikke-medikamentelle tiltak effekt?	20
5.2 Implementering i praksis	24
5.3 Metodediskusjon	26
6.0 Konklusjon	28
7.0 Referanseliste	30
Vedlegg 1: PICO-skjema	33
Vedlegg 2: Søkehistorikk	35
Vedlegg 3: Resultatmatrise	37

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Smerteproffessor Audun Stubhaug uttaler seg i et intervju med Sykepleien at “Smerte er, enkelt sagt, et subjektivt fysiologisk-psykologisk-sosiologisk-kulturelt samspill som kan gjøre vondt verre” (Hofstad, 2020, s. 12). Dette viser til at smerte er et omfattende og sentralt begrep i utøvelsen av sykepleie. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee formidler at smertene ofte er ensomme erfaringer, noe som kan gjøre at det er vanskelig for pasientene å skulle beskrive opplevelsen til sykepleierne (Travelbee, 2007, s.112-115).

Som sykepleier skal man bidra med ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak i smertebehandlingen. Mye av den lidelsen som følger smerten, kan reduseres ved at sykepleier lindrer fysisk ubehag, selv om det ikke nødvendigvis har direkte sammenheng med smertene som pasienten opplever (Almås, Stubberud & Grønseth 2015 s. 362). At pasienten kjenner til årsaken til smertene, oppleves ofte som en nødvendig forutsetning for å kunne gjøre noe for å lindre smerten. Dersom man har kjennskap til smertene, vil en kunne oppleve smertemestring i form av å ha kontroll over situasjonen (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2009, s. 129-131).

Travelbee, hevder at et kirurgisk inngrep er mer enn en prosedyre. Det beskrives som en menneskelig erfaring, som den enkelte vil reagere på, på sin egen unike måte (Travelbee, 2007, s. 262). Sykepleier skal lytte til pasientens subjektive opplevelse av smertene, og dermed tilby *både* ikke-medikamentell behandling og medikamentell behandling. Dette inngår også som et av punktene i de yrkesetiske retningslinjene, som hevder at sykepleier skal vise helhetlig omsorg overfor pasienten (NSF, 2019). Tidligere forskning viser at smerter er mer komplisert enn man hadde trodd (Hofstad, 2020, s.12). Gjennom lest forskning og teori, vet vi at ikke-medikamentelle tiltak vil være nyttige i behandling av postoperative smerter. I studien til Sandvik og Rustøen kommer det frem at en kombinasjon av ikke-medikamentell og medikamentell behandling, er viktig i tilnærmingen med pasienten som opplever smerter (Sandvik & Rustøen, 2020). Oppgaven ønsker å legge vekt på hvilke ikke-medikamentelle tiltak som reduserer smerte, og hvordan disse tiltakene kan bidra til mestring av smerter postoperativt.

1.2 Hensikt og formulering av problemstilling

Litteraturstudien omhandler mestring av postoperative smerter blant kirurgiske pasienter. Ved å skrive en bacheloroppgave om dette temaet, ønsker vi å bidra til å rette fokus mot pasientens smerteopplevelse, effekten av ikke-medikamentelle tiltak som et supplement til medikamentell behandling, og implementering av ikke-medikamentelle tiltak som musikk, informasjon og andre intervensjoner på kirurgisk sengepost. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert;

“Kan ikke-medikamentelle tiltak bidra til mestring av smerter postoperativt?”

1.3 Avgrensning

Hovedfokuset i denne litteraturstudien er å se nærmere på ikke-medikamentelle tiltak som bidrar til mestring av smerter blant postoperative pasienter. Oppgaven tar utgangspunkt i voksne, postoperative pasienter på sykehus. Oppgaven legger ikke vekt på bruk av smertekartleggingsverktøy, smerter som ikke er knyttet til det postoperative forløpet, eller vurdering av de medikamentelle tiltakene.

1.4 Begrunnelse for problemstilling

Valg av tema baserer seg i stor grad på erfaringer fra kirurgisk sykehuspraksis, hvor vi erfarte at smerter og smertelindring tok mye tid og stod i fokus, både for pasientene, sykepleierne og pårørende. På tross av at ikke-medikamentelle tiltak blir belyst i sykepleiefaglig pensum, og store deler av forskningen viser til effekt, observerte vi en liten bruk av ikke-medikamentelle tiltak i praksis. Vi opplevde ofte at sykepleierne gikk direkte til medisinnrommet, fremfor å vurdere andre tiltak mot smertene. Vi opplevde også at pasientene gjerne spurte direkte etter medikamenter, fremfor andre tiltak som kunne lindre deres smerter.

I følge McCaffery og Beebe (1998, s.13) er en av sykepleierens viktigste rolle å kunne iverksette smertelindrende tiltak, vurdere behov for endring eller ytterligere tiltak, i tillegg til å vurdere effekten av tiltakene. Temaet i oppgaven har en stor sykepleiefaglig relevans, og er en sentral del av de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019). I rollen som sykepleier vil en møte på pasienter som opplever smerte i ulik grad, og som har behov for smertelindrende

tiltak. Smerter kan i mange tilfeller lindres ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak eller som et supplement til medikamentell behandling (Almås et al., 2015, s.365).

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Smerte

I oppgaven blir det tatt utgangspunkt i IASP (International Association for the Study of Pain) sin definisjon av smerte. IASP definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av en faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Den internasjonale foreningen beskriver også smerte som “alltid subjektivt” (IASP, 2017).

Sykepleieteoretikeren Travelbee beskriver smerte som en intens ensom erfaring, og med utgangspunkt i dette, er det ofte utfordrende for pasientene å uttrykke og beskrive smerteopplevelsen. Dette gjør det vanskelig for helsepersonell å vurdere graden eller intensiteten av pasientens smerter. Travelbee hevder at helsepersonell bruker en “mental målestokk” når de vurderer pasientens smerter på bakgrunn av sine erfaringer og kunnskap om hva som forventes av smerter postoperativt. Hun understreker at det er viktig at vi ser hver enkelt pasient og har forståelse for at individene vil reagere ulikt på situasjonen. På bakgrunn av dette er det viktig at dersom en pasient uttrykker smerter, må sykepleieren godta dette og iverksette smertelindrende tiltak (Travelbee, 2007, s.112-115).

Smertetoleransen kan både øke og minke avhengig av situasjon. Eksempelvis kan en pasient tolerere smerter under besøk fra pårørende, men kan ha behov for smertelindrende tiltak i etterkant av besøket f.eks. ved søvn (McCaffery & Beebe, 1998, s. 26). Et annet eksempel er at dersom pasienten er redd, kan dette forsterke smertene (Hofstad, 2020). Eksemplene kan forklare effekten av distraksjon gjennom ikke-medikamentelle tiltak som blant annet musikk, informasjon og andre intervensjoner.

1.5.2 Ikke-medikamentelle tiltak

Målet med de ikke-medikamentelle tiltakene er å bidra til bedret psykisk, fysisk og sosial funksjon, økt opplevelse av kontroll, bedret søvn og eventuelt mindre smerteplager (Helsedirektoratet, 2016). Ikke-medikamentelle tiltak omhandler kognitive, atferdsmessige og

fysiske tiltak. Intensjonen med de ikke-medikamentelle tiltakene er å supplere, *ikke* erstatte medikamentell behandling. Tiltakene baserer seg på å hjelpe pasienten til å forstå mer om smerten, oppleve mestring og dermed oppleve en kontroll av smertene (Jensen, 2009, s. 368).

Gjennom det kirurgiske forløpet, er det ønskelig at pasienten er mest mulig smertefri (Almås et al., 2015, s. 319-322). Som sykepleier skal man tilby både ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak. Pasientens opplevelse av ubehag, vil også kunne påvirke opplevelsen av smerte, selv om det ikke har en direkte sammenheng. Derfor er det viktig at sykepleier bidrar til lindring av ubehag gjennom blant annet bruk av ikke-medikamentelle tiltak. Dette inkluderer eksempelvis mobiliseringsteknikker, godt sengeleie, hoste- og pusteteknikker og liknende (Almås et al., 2015, 362).

1.5.3 Postoperative pasienter

Den postoperative perioden starter når operasjonen er avsluttet og pasienten flyttes over i seng. Varigheten av det postoperative forløpet avhenger av inngrep, komplikasjoner og individuelle forskjeller (Almås et al., 2015, s. 307). Nye behandlingsmetoder og utstyr har redusert komplikasjonsfaren ved kirurgiske inngrep. I tillegg er forebyggende og helsefremmende arbeid fra sykepleierens side viktig i henhold til forebygging av komplikasjoner (s. 273). Et av de nyere behandlingsprinsippene ERAS, også kalt “Fast-track prinsippet”, brukes blant annet ved kirurgisk behandling i mage-tarmkanalen. Dette prinsippet fører til et kortere kirurgisk forløp og tidligere rehabilitering. Dette kan medføre at pasientene blir mindre hjelpetrengende og har et kortere sykehusopphold (Almås et al., 2017, s. 485).

Postoperativt er det viktig at sykepleieren observerer og kartlegger tidlige tegn på endringer i pasientens tilstand, slik at sykepleier kan forebygge og behandle eventuelle komplikasjoner. Almås et al. (2015, s. 307) hevder at tegn til smerte må vurderes nøye, og at sykepleier skal observere smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og variasjon. I tillegg skal man som sykepleier observere hva som lindrer eller forverrer smerten, og vurdere effekt og eventuelle bivirkninger av behandlingen. Behandlingen av postoperativ smerte har som mål å redusere lidelse, ubehag og angst blant pasientene (Jensen et al., 2009, s. 189).

1.5.4 Mestring

Oppgaven ønsker å se nærmere på hva som kan bidra til at pasienter mestrer postoperative smerter. Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2017, s. 237 og s. 258) definerer mestringsevnen som noe individuelt og dynamisk, og som er en kontinuerlig prosess gjennom hele livet. For sykepleiere er det en viktig oppgave å kunne bidra til å fremme mestring i møte med sykdom. I følge Vifladt og Hopen (2004, s. 61) dreier mestring seg om å oppleve det å ha krefter til å møte utfordringer og å ha en følelse av å ha kontroll over eget liv. Å mestre noe handler i denne sammenheng om pasientens evne til å tilpasse seg en nyoppstått situasjon, som f.eks. gjennomgått kirurgi. Samtidig skal pasienten evne å påvirke og eventuelt endre situasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Fokus på mestring henger tett sammen med teorien om salutogenese og “empowerment”, som omtales senere i oppgaven (Lønne, 2019).

2.0 Bakgrunnsteori

I denne delen av oppgaven vil aktuell bakgrunnsteori bli presentert. Dette danner grunnlaget for diskusjonsdelen senere i oppgaven.

2.1 Portkontrollteorien

Portkontrollteorien er en teori utviklet av den engelske fysiologen Patrick D. Wall og den kanadiske psykologen Ronald Melzack etter mangeårig forskning. Teorien fikk stor betydning for videre forskning og behandling av smerte. Hoveddelen i diskusjonen omhandler teoriens påvisning om at biologisk informasjon som leder fram til smerteopplevelse, kan moduleres via nevrofysiologiske prosesser på ryggmargsnivå, og at hjernen selv har en aktiv og overordnet påvirkning. Teorien omhandler at informasjon om smerte, blir påvirket av aktivitet i portcellene. På bakgrunn av dette vil psykologiske forhold, erfaringer, tolkning av situasjon, motivasjon, opplevelse av mestring og kontroll avgjøre hvor mye informasjon om smerte som når hjernen. Enklere forklart kan man si at portkontrollteorien viser til at man kan avlede smerteimpulsene som sendes til hjernen ved annen stimuli, som f.eks. musikk, massasje eller samtale. Teorien danner grunnlag for at ikke-medikamentelle tiltak kan fungere i behandling av smerte. Dette er en teori som har stor

betydning for helsepersonell i arbeidet med smertebehandling (Kristoffersen et al., 2017, s.171).

2.2 Salutogenese og “empowerment”

Aron Antonovsky sin teori om salutogenese, er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individet økt mestring og velvære. Teorien bygger på følgende prinsipp; dersom pasienten har en opplevelse av sammenheng eller forståelse av en kommende situasjon, vil pasienten kunne håndtere situasjonen bedre. Ved å bruke salutogenese aktivt, vil en kunne legge til rette for økt mestring av postoperative smerter. Sykepleier bør gi tilstrekkelig informasjon om selve smerten og de smertelindrende tiltakene, og hva som er hensikten med dem. Da vil en kunne fremme god helse og føre til både mestring og velvære for pasienten i det postoperative forløpet. Ideen om empowerment er også sterkt tilknyttet det salutogenetiske helsebegrepet. Empowerment handler om å «ta styring eller makt over» et fenomen eller objekt. Bruk av begrepet innen salutogenesen omhandler at individer kan få en bedret helse ved å ha kunnskap om hvilke faktorer som gjør en frisk. Dersom pasienten klarer å få en opplevelse av å ta styring over smertene sine, vil pasienten kunne oppleve mestring (Lønne, 2019).

2.3 Smerteopplevelse

Almås et al. (2015, s. 362) beskriver at sykepleier kan lindre den fysiske lidelsen som følge av smerte, selv om det nødvendigvis ikke har direkte sammenheng med smertene. Gjennom avledning ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak, kan smertene virke mindre intense. Generelt ubehag som dårlig smak i munnen, dårlig sengeleie eller tørste, gir økt smerteopplevelse, noe som igjen viser viktigheten av ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleieren har ansvaret for å oppfylle disse enkle og grunnleggende forutsetningene for pasientens velvære. Lidelsen er en erfaring som oppleves og gjennomleves av individet. Den enkeltes forståelse av lidelse er avhengig av hva vedkommende legger i denne erfaringen. Det har betydning for hvordan pasienten tolererer og håndterer lidelsen (Travelbee, 2007, s. 98).

Å få vite om årsaken til smerte er sentralt for den som opplever smerte. Ønsket om å få en forklaring på hvorfor man opplever smerte, henger først og fremst sammen med at pasienten kan oppleve en økende grad av kontroll. Kunnskap om bakgrunnen for smertene oppleves

ofte som en nødvendig forutsetning for å kunne gjøre noe for å lindre smerten. Smertemestring er forbundet med graden man opplever av kontroll, hvilket igjen har betydning for opplevelsen av ubehag. Jo mer kontroll pasienten opplever å ha over smertene, jo mindre ubehag vil pasienten oppleve, og jo mer sannsynlig er det at pasienten kan fokusere på andre aspekter av situasjonen (Jensen et al., 2009, s.129-131).

2.4 Sykepleiers rolle

Relasjonen mellom pasient og sykepleier bygger på respekt, autonomi og fokus på pasientens integritet. Relasjonen tar utgangspunkt i grunnleggende forståelse for at pasienten ikke bare er en kropp med smerter, men er sin kropp med smerter. Fokus på smertebehandling i sykepleiefaget har vært aktuelt siden begynnelsen av den moderne sykepleien, også helt tilbake til Florence Nightingales tid under Krimkrigen. Sykepleie til pasienter med smerter, har endret seg de siste årene, hovedsakelig grunnet nye behandlingsmuligheter. Sykepleiers rolle i smertebehandlingen inkluderer blant annet samtale, støtte og trøst, administrasjon av medikamenter og bruk av ikke-medikamentelle tiltak (Jensen et al., 2009, s. 364-368). Sykepleier skal iverksette tiltak for å lindre smerter, og vurdere virkningen av tiltakene. Dette skal gjøres i samarbeid med pasienten (McCaffery & Beebe, 1998, s. 13).

De yrkesetiske retningslinjene pålegger sykepleier å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. De yrkesetiske retningslinjene tar utgangspunkt i hvordan sykepleier skal møte og behandle pasienten, også de pårørende. I tillegg skal sykepleier fremme pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser gjennom at sykepleier gir tilstrekkelig informasjon og at sykepleier får bekreftelse på at informasjonen er forstått av pasienten. Som sykepleier har man også et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019).

3.0 Metode

3.1 Design

Det valgte designet i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten er å gi sykepleieren faglig oppdatert informasjon som svarer på problemstillingen, og som viser til hvordan sykepleieren har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s.79). I vår oppgave har vi inkludert

oversiktsartikler. I følge Dalland er oversiktsartikler studier som tar opp og vurderer forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter. Det fører til en oppsummering av forskningen innen et felt, og kan vise til sammenhenger og problemstillinger (Dalland, 2013, s.79). Metoden er valgt for å få en oversikt over et stort tema som vi selv var nysgjerrige på, og for å kunne bidra til et økt kunnskapsfokus innenfor ikke-medikamentell behandling som et supplement i postoperativ smertebehandling.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

I oppstartsfasen ble søkene gjort uten begrensninger. Enkelte av inklusjons- og eksklusjonskriteriene var bestemt på forhånd, men det ble tatt utgangspunkt i at disse kriteriene kunne endres underveis i søket. De forhåndsbestemte inklusjonskriteriene våre var: voksne postoperative pasienter, ikke-medikamentelle tiltak, og i hovedsak nyere forskning (>2010). Oppgaven har hovedfokus på ikke-medikamentelle tiltak i form av musikk, informasjon og andre intervensjoner.

Eksklusjonskriteriene var artikler som omhandlet ikke-postoperative pasienter, barn, pasienter med demenslidelser eller andre tilstander hvor kommunikasjon ikke er tilstrekkelig, og forskning som hadde hovedfokus på medikamentell smertelindring. I tillegg ekskluderte vi artikler fra asiatiske land grunnet at resultatene i hovedsak ikke vil kunne implementeres i like stor grad grunnet ulikheter i helsesystemet. I søkeprosessen fikk vi en overvekt av treff på artikler med musikkintervensjoner. Flere av disse ble ekskludert på bakgrunn av at vi ikke ønsket at musikkintervensjon skulle være mer fremtredende enn andre intervensjoner i oppgaven.

Oppgaven har tatt utgangspunkt i oversiktsartikler av nyere dato. Til tross for dette, valgte vi å inkludere to eldre artikler. Studien til Kastanias, Denny, Robinson, Sabo og Snaith (2008) og studien til Engwall og Dupplils (2009). Årsaken til dette er at studiene svarer godt på problemstillingen, oppfyller de fleste inklusjonskriterier, og at opprinnelseslandene samsvarer godt med praksis i norske sykehus. I tillegg er det inkludert nyere artikler som tar utgangspunkt i samme intervensjon for å kvalitetssikre.

3.2.2 Søkemotorer

I søkeprosessen ble søkemotorene Cinahl, Cochrane, Medline, Pubmed og Svemed+ benyttet. Det ble også gjort søk i Epistemonikos, men søkene i søkemotoren ga ingen treff. Valg av aktuelle søkemotorer baserer seg på at søkemotorene har fokus på sykepleiefaglig innhold og at databasene ga oss relevante treff. Søk i flere databaser ga også et bredere utvalg, noe vi fikk erfare i søkeprosessen.

3.2.3 Søkeord

I oppgaven ble det brukt MESH-terms for å finne søkeord for databasene, men det ble tatt høyde for å utvide søkeordene dersom gode søkeord fant sted i aktuelle artikler. Underveis i søkeprosessen ble det oppdaget nye søkeord og MESH-terms, spesielt i databasen Cinahl der vi fikk gode forslag til aktuelle søkeord og kombinasjoner med den boolske operatoren “OR”.

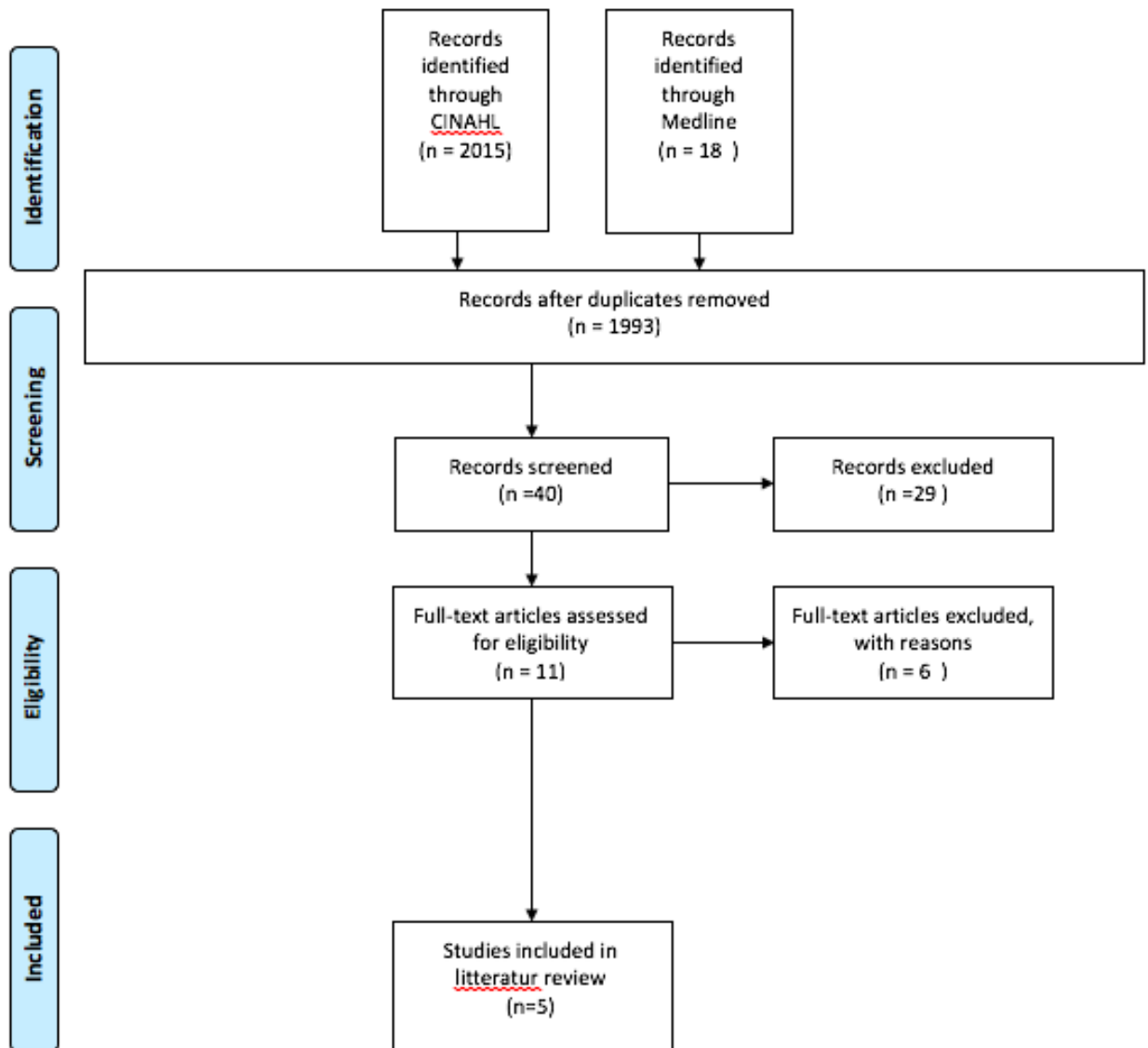
For å oppnå relevante søk i henhold til problemstillingen, ble det tatt utgangspunkt i søkeordene i PICO-skjemaet, se vedlegg 1. I søkeprosessen ble ulike kombinasjoner av søkeord brukt i de ulike databasene, se kombinasjonene i vedlegg 2. Søkeordene ble i hovedsak tatt fra “P” og “I” fra PICO-skjemaet ettersom erfaringer viste at det ble få treff ved bruk av “O”.

Etter søk med relevante treff, ble i første omgang overskriftene på treffene lest. Deretter ble abstract på artikler som traff inklusjonskriteriene i overskriften lest. Abstract ble lest både på engelsk og på norsk ved bruk av oversettelsesprogram. Deretter ble alle artikler som ikke samsvarte med problemstillingen ekskludert. Dersom artiklene oppfylte inklusjonskriteriene, leste vi dem i fulltekst. Artiklene ble lest av begge parter, både på norsk og engelsk. Oversikt over alle søkene finnes i søkehistorikken. Videre ble søkene hvor vi fant de relevante artiklene lagt frem i et flytskjema, se figur 1. Flytskjemaet viser en oversikt over seleksjonen av artiklene. Diagrammet viser hvor mange artikler som var med i prosessen, hvor mange som ble ekskludert, og hvor mange artikler vi endte opp med. Oversikten over de inkluderte artiklene kan sees i vedlegg 3.

Figur 1: Flytskjema



PRISMA 2009 Flow Diagram



3.3 Metodekritikk

I oppstartsfasen ble det gjort noen ustrukturerte søk, som ble gjennomført på nytt. Dette gjorde at vi mistet noen aktuelle artikler, i tillegg til at enkelte aktuelle artikler ikke var tilgjengelige i fulltekst. Søkene i begynnelsen inneholdt få eller ingen begrensning, noe som gjorde at treffene ikke inneholdt svar til vår problemstilling, samt at enkelte av studiene var eldre enn de forespeilede inklusjonskriteriene tilsa. Ettersom søkene vi gjorde i første omgang ga mange treff, har vi i ettertid gått tilbake og gjort søkene på nytt med relevante avgrensninger.

Videre i søkeprosessen endret vi metoden slik at vi strukturerte søkene og forsikret oss om at de aktuelle artiklene var tilgjengelige i fulltekst. Artiklene ble fortløpende lagt inn i skjema for søkehistorikk. Etterhvert i søkeprosessen benyttet vi oss av avgrensninger, som bidro til aktuelle studier med nyere årstall og oppdatert forskning.

Det er også kritikkverdig at søkene inkluderte få søkeord, i tillegg til at ikke alle kategoriene i PICO ble inkludert i søkene. De inkluderte artiklene ble oversatt i oversettelsesprogram, noe som kan ha resultert i eventuelle feiltolkninger av resultater. Egne tolkninger kan også ha farget oppfattelsen av resultatene i studiene. Vi stiller oss også kritiske til at flytskjemaet, viser til at vi fikk et høyt antall treff på artikler, men at vi endte opp med å bruke få av dem. Vi kunne hatt enda flere avgrensninger i søkeprosessen, noe som ville resultert i et mer nøyaktig flytskjema.

I oppgaven vår inkluderte vi bare oversiktsartikler, noe som medførte at noen av studiene hadde inkludert de samme artiklene. Dette kan også være med å påvirke våre resultater, noe vi har vært observant på. På samme tid mener vi at de inkluderte studiene svarer på vår problemstilling og vi anser det som positivt at vi inkluderer musikk, informasjon og andre intervensjoner, for å belyse at ulike intervensjoner kan være aktuelle i mestring av postoperativ smerte.

3.4 Ethiske vurderinger

Når et slikt prosjekt skal gjennomføres, er det viktig at etiske refleksjoner er tatt med i arbeidet. Det må tas hensyn til hvilke etiske refleksjoner som er aktuelle for oppgavens problemstilling. Artikler som inkluderes skal være etisk overveid i form av at ingen pasienter som er inkludert i studiene har blitt utsatt for f.eks. manglende smertelindring.

Ethiske overveielser omhandler mer enn bare det å følge regler. Det betyr at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt kan medføre, og hvordan vi eventuelt skal håndtere disse (Dalland, 2013, s. 95). Dette er også viktig i rollen som sykepleier, og skal tas hensyn til i ethvert møte med pasienter.

Dalland (2013, s.95) beskriver også at oppgaven skal presenteres på en etisk rettferdig måte i form av at inkludert teori og forskning skal kunne vises til på en riktig måte, og at sykepleieren lett skal kunne finne frem til kildens opprinnelige opphav. Oppgaven skal ikke ta eierskap på noen andres arbeid, eller bruke andres arbeid på en annen måte enn det som i utgangspunktet var tenkt, slik at resultatene ikke blir representative for arbeidet som forskerne har gjort. Dette har vi vært bevisste på i arbeidsprosessen ved bruk av ulike referanser. Det har også vært en fordel å være to studenter som har arbeidet med oppgaven for å kvalitetssikre akkurat dette. I tillegg ønsker vi å nevne at to av de inkluderte oversiktsartiklene er godkjent i etisk komite: studien til Andersson, Otterstrom-Rydberg og Karlsson (2014) og studien til Gélinas, Arbour, Michaud, Robar og Côté (2012). De øvrige studiene er etisk vurdert av forfatterne.

4.0 Resultat

4.1 Analyse og syntese

Gjennom søk og kritisk vurdering har vi funnet frem til fem oversiktsartikler som svarer på vår problemstilling. Funnene fra studiene er satt opp i resultatmatrisen, se vedlegg 3.

Hovedfunnene viser at ikke-medikamentelle tiltak i all hovedsak gir en effekt på mestring av postoperative smerter i kirurgiske avdelinger. Artiklene inneholder ikke-medikamentelle tiltak i form av musikk, informasjon og andre intervensjoner.

Enkelte av artiklene fokuserer kun på ett ikke-medikamentelt tiltak, slik som musikk *eller* informasjon, men artikkelen til Gélinas et al. (2012) har belyst hele 33 forskjellige intervensjoner. Flere av artiklene belyser blant annet musikk som et godt alternativ som et ikke-medikamentelt tiltak i behandling og forebygging av postoperativ smerte.

Opgaven vil presentere resultater fra de inkluderte studiene med utgangspunkt i ikke-medikamentelle tiltak med hovedvekt på musikk, informasjon og andre intervensjoner. Intervensjonene blir presentert tematisk.

4.1.1 Musikkintervensjon

Det var gjort mye forskning på musikkintervensjoner ved postoperative smerter. Oppgaven inkluderer to oversiktsartikler som har hovedvekt på musikk som intervensjon; “Music as a nursing intervention for postoperative pain: A systematic review” (Engwall & Dupplis, 2009) og “The impact of perioperative music on abdominal surgery patients’ experience of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis” (Dale, 2020).

I Engwall og Dupplis’ (2009) oversiktsartikkel er det inkludert 18 artikler med ulike former for musikkintervensjon. I enkelte studier fikk pasientene velge musikk selv, i noen studier kunne pasientene velge mellom et utvalg av forhåndsbestemt musikk, mens enkelte fikk musikk valgt av forskningsgruppen. I de studiene hvor pasientene ble inkludert i utførelsen av intervensjonen og godt introdusert til intervensjonene på forhånd, viste resultatet en god effekt på postoperativ smerte. I de tilfellene hvor det ikke fantes påvisbar reduksjon i smerte, oppga pasientene likevel at de hadde følt “en form for bedring på et eller annet vis”.

Interessante funn ved resultatene var at i de to studiene hvor pasientene fikk velge musikken selv, var det ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. I tilfeller hvor “favorittmusikken” ble inkludert, kom det frem at musikken gjerne var sterkt knyttet til følelser, og kunne få en annen betydning dersom man skulle bruke denne musikken i intervensjonen. I den ene studien hvor det ble brukt live harpemusikk, var det flere deltakere som trakk seg på bakgrunn av at de forbandt harpemusikk med døden. Studien viste til en reduksjon av inntak av morfin, men ikke reduksjon av paracetamol og ibuprofen hos intervensjonsgruppen. Et annet aspekt ved deres oversiktsartikkel var at forfatterne påpeker at

formidlingen av smerteopplevelsen kan være påvirket grunnet redusert kognitiv funksjon i etterkant av kirurgi.

Dales (2020) nyere systematiske oversiktsartikkel består av 12 studier. I oversiktsartikkelen blir effekten av musikkintervensjoner belyst i sammenheng med postoperativ smerte. I studiene var flertallet av pasientene kvinner (60%), ettersom flere av de kirurgiske inngrepene var gynekologiske. I de inkluderte studiene var det variasjon i tidspunktet musikkintervensjonene ble introdusert, både pre-, per- og postoperativt. Det var også ulikhet i varigheten av intervensjonene, fra 10 minutter til 60 minutter, samt hvordan musikken ble lyttet til. I tillegg til at flere studier så på effekt av postoperativ smerte, ble også andre faktorer vurdert, som blodtrykk, hjerterytme, angst og opioidbruk. 4 av 12 studier rapporterte at opioidbruken var lavere blant musikkgruppen. Resultatene i studien til Dale (2020) viser til at musikk er et velfungerende ikke-medikamentelt tiltak mot postoperative smerter, og et godt supplement til medikamentell behandling.

4.1.2 Informasjon

Videre har fokus på informasjon som et ikke-medikamentelt tiltak blitt vektlagt i oppgaven, med hovedvekt på studien “The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions” (Andersson et al., 2014), samt studien “What Do Adult Surgical Patients *Really* Want to Know About Pain and Pain Management?” (Kastanias et al., 2008).

I studien til Andersson et al. (2014) vektlegger forfatterne at smerter er et “flerdimensjonalt” fenomen. Studien fokuserte på å lytte til pasientene, og inkludere dem i intervensjonen. I studien fikk 50% av pasientene både muntlig *og* skriftlig informasjon, mens de resterende kun fikk muntlig informasjon.

Pasientgruppen som fikk muntlig *og* skriftlig informasjon oppga at de lettere kunne forberede seg på forventet smerte i form av å lese gjennom informasjonsskrivet, samt få en bedre forståelse av de postoperative smertene. Et fåtall av pasientene som fikk begge former for informasjon uttrykte at det kunne bli for mye informasjon i en krevende fase, og én pasient orket ikke å lese informasjonsskrivet.

I kontrollgruppen hvor pasientene kun fikk muntlig informasjon, uttrykte flere at det var mye å ta innover seg og at det var vanskelig å huske all gitt informasjon i det postoperative forløpet. Interessant oppga flere av dem som kun hadde fått muntlig informasjon, at de ikke hadde fått informasjon om smerter postoperativt. I tillegg brukte denne pasientgruppen lengre tid på å etterspørre smertestillende ved behov, noe som førte til økte smerter i forløpet. I oversiktsartikkelen fremkommer det også at pasientene opplevde at personalet generelt hadde dårlig tid. Basert på resultatene i studien, konkluderer forfatterne med at både muntlig og skriftlig informasjon, gir størst mulighet til å mestre postoperative smerter.

Grunnlaget for studien fra Kastanias et al. (2008) er mangel på forskning om hva voksne pasienter som gjennomgår dagkirurgi ønsker å vite om postoperative smerter. Et viktig poeng fra studien er at preoperativ informasjon kan redusere angst og frykt for postoperative smerter. Forfatterne bemerker at smertene gikk raskere ned når pasientene hadde fått informasjon preoperativt. Spørsmålene som kom frem hos pasientene var blant annet *“hvem skal jeg ringe dersom det oppstår komplikasjoner?”* og *“hva skal man gjøre dersom smertestillende ikke fungerer og man opplever bivirkninger?”*.

Flertallet ønsket å vite hvilke smertestillende man skulle ta og hvilke bivirkninger som kunne oppstå. Det kom frem at pasienter uttrykte bekymring om at de foreskrevne smertestillende var for sterke, spesielt med tanke på inntak i jobbsammenheng. Det ble også nevnt at pasientene ønsket å vite om andre metoder for smertelindring, foruten medikamentell behandling. Forfatterne konkluderer med at pasientene ønsket å vite mer om smerter generelt, om planen for de smertestillende medikamentene og hva de skulle gjøre dersom disse ikke fungerte, samt om bivirkningene.

4.1.3 Andre intervensjoner

Videre har oppgaven valgt å fokusere på studien “Patients and ICU nurses’ perspectives of non-pharmacological interventions for pain management” (Gélinas et al., 2012) som viser til bruk av 33 ulike ikke-medikamentelle tiltak i intensivavdeling.

I denne studien blir det prøvd ut ulike tiltak som blant annet musikkintervensjoner, distraksjon, dype pusteøvelser, akupunktur, isterapi, massasje, familie-tilstedeværelse,

bading, hypnose og dyreterapi. Forfatterne så på effekten både blant pasientene, pårørende og sykepleierne. Dette er unikt for denne studien.

Forfatterne påpeker at dersom tiltakene skal iverksettes i praksis, er det nødvendig å videreutvikle en protokoll for sykepleiere. Forfatterne hevder at det i mange tilfeller benyttes medikamentelle tiltak, fremfor ikke-medikamentelle tiltak. Årsaken er mangel på informasjon og kunnskap. De ikke-medikamentelle tiltakene som viste til positiv effekt i studien var musikkterapi, distraksjon, enkel massasje og familietilstedeværelse. Disse intervensjonene ga positivt utslag for *både* pasient, pårørende og sykepleier. Ved andre intervensjoner var det gjerne pasient, pårørende *eller* sykepleier som oppga effekt. Gélinas et al. understreker at ikke-medikamentelle tiltak er et godt supplement til medikamentell behandling og har god effekt på postoperativ smerte.

5.0 Diskusjon

På bakgrunn av utvalgte studier og relevant teori for problemstillingen, vil denne delen av oppgaven omhandle diskusjon knyttet til om det finnes evidens for at ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til mestring av postoperative smerter. Diskusjonsdelen vil også omhandle implementering av de ulike tiltakene i praksis.

5.1 Har ikke-medikamentelle tiltak effekt?

Hovedvekten av resultatene fra forskningen viste til statistisk signifikante resultater, ettersom intervensjonene hadde effekt på postoperativ smerte. I studien til Engwall og Dupplis (2009) blir det konkludert med at ikke-medikamentelle tiltak, i dette tilfellet musikk, kan brukes som en distraksjon fra smertene, men ikke nødvendigvis eliminere smertene. På denne måten kan distraksjon, bidra til å øke pasientens smertetoleranse ved at pasienten får en større forståelse av situasjonen (McCaffery & Beebe, 1998, s.26). Portkontrollteorien åpner opp for at ikke-medikamentelle tiltak vil kunne bidra positivt i behandlingen av postoperative smerter, ved at man kan avlede smerteimpulser ved hjelp av annen stimuli. Generelt for alle de inkluderte studiene kom det frem at de ikke-medikamentelle intervensjonene var lite ressurskrevende, hadde lave kostnader og medførte liten risiko for bivirkninger. Dette er hensiktsmessig for både pasientene og sykepleieren, i tillegg til det økonomiske aspektet ved smertebehandling.

Som sykepleier er det en viktig oppgave å bidra til å fremme mestring i møte med sykdom (Kristoffersen et al., 2017, s. 237-238). Ikke-medikamentelle tiltak kan føre til en økt pasientdeltakelse og bidra til en følelse av empowerment og mestring av situasjonen. Fokus på bruk av ikke-medikamentelle tiltak ved postoperative smerter vil bidra positivt både somatisk og psykososialt. Med dette menes at sykepleieren bidrar til en reduksjon i smerter og en økt mestringsfølelse hos pasienten.

Musikkintervensjon

Studien til Engwall og Duppils (2009) og studien til Dale (2020), som begge omhandlet musikkintervensjon, viste til en reduksjon i smerter blant pasientgruppen. Det fremkommer i begge studiene at måten intervensjonen ble implementert på ikke nødvendigvis hadde betydning for effekten. Eksempelvis hadde det liten betydning om pasienten fikk velge musikken selv, og om pasienten brukte hodetelefoner eller ikke. Livemusikk hadde derimot en motstridende effekt. På bakgrunn av dette viser resultatene i studiene til at musikkintervensjonen ikke nødvendigvis er ressurskrevende, og kan være enkelt å implementere. Intervensjonen kan også ha positiv effekt på andre aspekter enn smerter.

Videre påpeker studien til Engwall og Duppils (2009) at musikkintervensjonene førte til økt psykologisk støtte og økt avslapning. På bakgrunn av dette mener forfatterne at intervensjonene kan brukes som et supplement i behandling av postoperativ smerte. Fokus på andre aspekter enn smerter vil også kunne bidra til økt mestring av pasientens postoperative smerter. Studien til Dale (2020) så også på musikkintervensjonens effekt på blodtrykk, hjerterytme, angst og opioidbruk. Dette anser vi som positivt, da studien også vektlegger andre generelle faktorer som påvirkes i et postoperativt forløp, både somatiske og psykososiale aspekter. Dette danner grunnlag for helhetlig sykepleie, og viser til at ikke-medikamentelle tiltak ikke nødvendigvis bare er gunstig i smertelindringen, men kan også brukes i andre sammenhenger. Engwall og Duppils (2009) nevner i sin studie at musikk kan brukes som en distraksjon fra smertene, noe som kan begrunnes ved hjelp av portkontrollteorien. Det kan igjen bidra til å øke pasientens empowerment.

Informasjon

Informasjon som intervensjon viste seg å ha god effekt på mestring av postoperative smerter. I studien til både Andersson et. al (2014) og Kastanias et. al (2008) blir viktigheten av informasjon som intervensjon belyst. På den ene siden hevder Andersson et al. (2014) at

informasjon som intervensjon gir effekt, og at muntlig informasjon kombinert med skriftlig informasjon gir best effekt. På den andre siden har Kastanias et. al (2008) sett nærmere på hva pasientene faktisk ønsker å vite om postoperative smerter. Resultatene i studiene sett sammen danner et grunnlag for hva informasjonen til kirurgiske pasienter bør inneholde. Dette kan ses i sammenheng med Antonovskys teori om salutogenese og empowerment, hvor teorien sier at dersom man har kjennskap til noe man skal gjennomgå, som f.eks. kirurgi, vil man lettere forstå den helhetlige situasjonen og de forventede smertene. Teorien viser også til at dersom man får informasjon om smertene og grunnen til at de oppstår, vil man lettere kunne mestre dem.

Andre intervensjoner

Av andre tiltak som ga effekt, viste studien til Gélinas (2012), at intervensjonene musikkterapi, distraksjon, enkel massasje og familietilstedeværelse ga størst effekt på postoperative smerter. Dette kan ses i sammenheng med portkontrollteorien, ettersom nettopp disse intervensjonene, avleder smerteimpulsene gjennom annen stimuli. Både pasient, pårørende og sykepleier ga uttrykk for at disse intervensjonene hadde effekt på pasientens postoperative smerter. Det at studien tar hensyn til pasientens, pårørendes og sykepleiers opplevelser av de ulike intervensjonene, kan sees som hensiktsmessig med tanke på at man får sett effekten fra ulike ståsted. En legger da til rette for at både pårørende og sykepleier kan være en stor ressurs for pasienten. Samtidig, er det viktig å huske at smerte alltid er subjektiv (IASP, 2017). Som sykepleier eller pårørende er det vesentlig å være observant på at man ikke bruker en “mental målestokk”, men ser individet og dens behov (Travelbee, 2007, 112-115). Pasientens opplevelse skal *alltid* stå i sentrum og vektlegges i smertebehandlingen.

Bivirkninger

Ingen av de inkluderte artiklene i oppgaven viser til at pasientene opplevde noen form for negativ effekt eller bivirkninger av de ikke-medikamentelle tiltakene. I studien til Engwall og Duppils (2009) viser forfatterne til at noen av deltakerne i intervensjonsgruppen ikke hadde påvisbar effekt forbundet med smerter, men på samme tid uttrykte pasientene at de opplevde “en form for bedring på et eller annet vis”. Til tross for at man ikke kunne vise til effekt av tiltakene i alle sammenhenger, uttrykte pasientene en følelse av empowerment. Dette kan sees i sammenheng med at dersom man som sykepleier bidrar med å motivere pasienten til å møte utfordringen, og gir pasienten muligheten til å ta kontroll over situasjonen, vil pasienten kunne oppleve å mestre smertene (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61). Fokuset vil da være å

fremme pasientens fysiske og psykiske helse. Teorien om salutogenese danner grunnlag for slik handling (Lønne, 2019).

5.1.2 Individuelle behov

Som sykepleier er det viktig å jobbe helhetlig i møte med pasienten, og sette seg inn hver enkelt pasient sin opplevelse av situasjonen. Travelbee understreker at pasientene vil reagere ulikt på opplevelse av smerte avhengig av tidligere erfaringer og assosiasjoner (2007, s.112-115). I studien til Andersson et al. (2014) tar de spesielt hensyn til dette ved at de går frem ved å inkludere og lytte til pasientene, og forfatterne påpeker at smerte er et fenomen som er *flerdimensjonalt*. I studien til Gélinas et al. (2012) tas det hensyn til individuelle behov ved at det ble prøvd ut 33 forskjellige intervensjoner i studien, for å se på effekten av de ulike intervensjonene hos pasientgruppene. Likevel viste den samme studien at musikkterapi, massasje, distraksjon og familietilstedeværelse ga størst effekt på smertene. Dette kan ses i sammenheng med effekten av portkontrollteorien som viser til at man kan avlede nerveimpulsene bort fra aktuelle smerter og fokusere på impulsene fra en annen stimuli.

Det har stor betydning at man som sykepleier er villig til å prøve ulike former for smertebehandling, slik at man kan avdekke hva som fungerer for den enkelte pasient. Dette gjelder både bruk av ikke-medikamentelle tiltak og medikamentelle tiltak, samt en kombinasjon av intervensjonene, noe Sandvik og Rustøen poengterer i sin artikkel (Sandvik & Rustøen, 2020). Det er viktig å ta høyde for at enkelte tiltak fungerer for noen, men ikke nødvendigvis for alle. Det innebærer at behandling ved ikke-medikamentelle tiltak ikke nødvendigvis vil være optimalt for alle. Dette gjelder spesielt pasienter som gjennomgår store kirurgiske inngrep som får en større smertebelastning og som har behov for omfattende medikamentell behandling i en kritisk fase. Smerter vil kunne oppstå postoperativt, men i varierende grad, avhengig av type kirurgi (Jensen, 2009, s.189). Dette må tas hensyn til i ethvert pasientmøte.

Smerter og smertetoleransen postoperativt, kan også avhenge av biologiske forskjeller. Det kommer frem i en fagartikkel på Sykepleien.no at kvinner rapporterer om høyere forekomst av smertefulle tilstander sammenliknet med menn (Bjørnnes & Rostad, 2020). Dette kan ha konsekvenser for rapportering av smerter, bruk av ikke-medikamentelle tiltak, og effekten av dem. I studien til Dale (2020) kommer det frem at hele 60% av deltakerne i studien var

kvinner, noe som kan ha påvirket resultatene. Det kommer ikke frem i noen av de andre studiene at hovedvekten av intervensjonsgruppene bestod av kvinner eller menn. I denne sammenheng er det viktig at sykepleier unngår å bruke en “mental målestokk” i vurdering av pasientens smerter (Travelbee, 2007, 112-115). Det kan føre til at en tar vekk fokuset fra individet som faktisk opplever smerter, på bakgrunn av egne erfaringer og holdninger.

5.2 Implementering i praksis

Ved implementering av ikke-medikamentelle tiltak i praksis, er det viktig at vi ser på hvilke faktorer som ligger til grunn for at det skal være en fordel å velge ikke-medikamentelle tiltak fremfor de medikamentelle, eller som et supplement i smertebehandlingen.

5.2.1 Sykepleiers holdning

Når man skal implementere ikke-medikamentelle tiltak ved postoperative smerter, spiller sykepleierens holdning en vesentlig rolle, noe som nevnes blant annet i studien til Gélinas et al. (2012). Travelbee understreker at dersom en pasient uttrykker smerter, skal sykepleieren godta dette. Hun har fokus på at sykepleieren ser hver enkelt pasient og dens unike situasjon. Det er dermed svært viktig at man som sykepleier er bevisst på holdninger til smerter og smertebehandling, samt ansvarsområde som inkluderer blant annet samtale, støtte og trøst, administrasjon av medikamenter og bruk av ikke-medikamentelle tiltak (Jensen et al., 2009, s. 364-368).

Å erfare smerter kan oppleves som ensomt. Det kan skape utfordringer for pasienten i forbindelse med å uttrykke og beskrive smerten til helsepersonell. (Travelbee, 2007, s.112-115). Det er dermed vesentlig at man som sykepleier viser forståelse for pasientens smerteopplevelse og har fokus på relasjon i møte med pasienten, som skal ta utgangspunkt i gjensidig respekt og fokus på pasientens integritet. De yrkesetiske retningslinjene *pålegger sykepleier å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten*. Dette er svært aktuelt i møte med pasienter med postoperative smerter, som har behov for støtte og veiledning for å mestre både smertene og den aktuelle situasjonen. At sykepleier har fokus på håp, vil kunne føre til at pasienten klarer å holde oppe motet, selv i en vanskelig og utfordrende tid. Dette innebærer også at sykepleier gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon (NSF, 2019). I denne

sammenhengen er også fokus på inkludering av pårørende en viktig faktor (Jensen et al., 2009, s. 364-368).

Ivaretagelse av pårørende

De yrkesetiske retningslinjene pålegger sykepleieren å vise respekt, omtanke og inkludere de pårørende (NSF, 2019). Pårørende kan være en god støttespiller for pasienten, og har ofte kjennskap til pasientens ønsker og behov. Dette kan medføre økt trygghet for pasienten, men også for sykepleier. Gélinas et al. (2012) nevner i sin studie at tilstedeværelse av pårørende kan bidra til økt effekt av de ikke-medikamentelle tiltakene. Inkludering av pårørende kan være en ressurs i en rekke tilfeller. På en annen side kan pårørende være en belastning. Dette kan skyldes utfordringer i samarbeidet mellom partene, dårlige relasjoner mellom familiemedlem, samt at arbeidet kan være ressurskrevende. Likevel er det viktig at sykepleieren ivaretar pasientens pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 114).

5.2.2 Nedgang i opioidbruk

Hovedvekten av de inkluderte studiene viser til en betydelig nedgang i opioidbruk blant intervensjonsgruppene. I studien til Dale (2020) og Engwall og Dupplils (2009) hvor musikkintervensjon ble brukt, viser forfatterne til en signifikant forskjell i opioidbruk mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var en påvisbar nedgang i opioidbruk hos intervensjonsgruppen. Dette er gunstig, ettersom at bivirkninger som respirasjonsdepresjon, obstipasjon og delirium ofte forekommer ved opioidbruk, i tillegg til økt fare for avhengighet (Felleskatalogen, 2020). Det var imidlertid ingen signifikant forskjell når det kom til bruk av ibuprofen og paracetamol mellom gruppene i flere av studiene. Almås et al. (2015, s.321) viser til at regelmessig bruk av smertestillende som paracetamol og NSAID-preparater reduserer behovet for opioider. Dette vil være gunstig både for å redusere faren for bivirkninger og for å redusere økonomiske utgifter.

I studien til Kastanias et al. (2008) fremkommer det at pasientene gjerne skulle ønske de hadde andre alternativer fremfor de sterke forskrevne medikamentene. Dette viser igjen at flere pasienter ønsker andre tilbud enn den generelle medikamentelle behandlingen.

5.2.3 Tidsaspekt ved implementering

Erfaringsmessig er sykepleiere ofte preget av en hektisk hverdag, og tidsaspektet får stor betydning. Et ikke-medikamentelt tiltak vil gjerne oppleves som mer tidkrevende i første omgang ettersom det gjerne krever at en sykepleier er fysisk tilstede på pasientrommet, enten det er ved bruk av musikkintervensjoner, informasjon eller andre tiltak. I studien til Andersson et al. (2014) kommer det frem at pasientene i studien opplevde at personalet hadde det travelt, noe som medførte at de vegret seg for å etterspørre smertestillende. Ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak, som f.eks. informasjon, kan pasienten føle seg mer inkludert i smertebehandlingen og får større mulighet til å delta aktivt. Det kan igjen føre til at pasienten føler seg "sett" i større i grad og oppnår mestring av de postoperative smertene.

Gélinas et al. (2012) mener det er nødt til å foreligge en protokoll for implementering av ikke-medikamentelle tiltak i praksis. En protokoll vil legge til rette for økt fokus på området og at sykepleierne lettere benytter seg av det. Dette krever at man får opplæring og tilstrekkelig kunnskap om effekten av det aktuelle ikke-medikamentelle tiltaket. Som sykepleier er det viktig at man holder seg faglig oppdatert og anvender ny kunnskap i praksis (NSF, 2019).

På lang sikt viser gjentatte studier at bruk av ikke-medikamentelle tiltak gir effekt, og at det krever lite ressurser, medfører få potensielle bivirkninger, og at det er lave kostnader forbundet med tiltakene. For å redusere potensielle bivirkninger og se på nedgang i kostnader og tidsbruk, kan behandlingsprinsipp som ERAS være gunstig å implementere (Almås et al., 2017, s. 485). Det kan medføre et kortere kirurgisk forløp for pasientene og økt smertemestring i form av at pasientene blir mindre hjelpetrengende og kommer tidligere hjem.

5.3 Metodediskusjon

Kritisk vurdering av artiklene ble gjennomført ved bruk av sjekklister fra Helsebiblioteket.no (Helsebiblioteket, 2016). Bruk av sjekklister har bidratt til å understreke at studiene oppfyller krav til faglig kvalitet. I tillegg har dette bidratt til ytterligere gjennomganger av

artiklene. Artiklene ble systematisk gjennomgått av begge studentene, noe som har bidratt til økt kvalitetssikring og refleksjon over inkluderte forskningsstudier.

På tross av valgte artikler, stiller vi oss kritisk til innholdet og har noen bemerkninger vi ønsker å trekke frem. Vi stiller oss kritisk til at studien til Engwall og Dupps (2009) viser til at 9 av 18 studier er skrevet av Good et al. og Nilsson et al. Dette kan ha bidratt til noe skjevhet i resultatene med tanke på at flere av de inkluderte studiene i oversiktsartikkelen er utført av de samme forfatterne. Likevel er det viktig å påpeke at alle de ni studiene viste signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

Videre synes vi det er bemerkelsesverdig at ikke alle studiene oppgir varighet av intervensjonene. I artikkelen til Dale (2020) oppgir forfatteren at varigheten av intervensjonen var alt fra 10-60 minutter. Vi stiller oss kritisk til dette, da varigheten av intervensjonene kan ha en innvirkning på resultatet. På tross av dette viser resultatene i all hovedsak at tiltakene gir effekt, noe som kan indikere at varigheten på intervensjonen kan være av mindre betydning. I tre av studiene fikk pasientene velge sin egen musikk. Dette kan også ha ført til innvirkning på resultatene, da utgangspunktet og utførelsen av intervensjonene har vært ulike. Dette bør tas i betraktning, til tross for at flere av studiene påpeker at det ikke har hatt påvirkning på resultatene.

Det er ulikt om forfatterne har implementert de ikke-medikamentelle tiltakene pre-, per- eller postoperativt. Dette medfører at resultatene viser til effekt i ulike deler av det kirurgiske forløpet. Dette mener vi kan ha ført til en bredere forståelse for at de ulike tiltakene kan implementeres i de ulike fasene, og likevel gi en positiv effekt. På samme tid stiller vi oss kritisk til at vi gjerne skulle inkludert studier som implementerte de ikke-medikamentelle tiltakene i samme fase i det kirurgiske forløpet, for et mer robust resultat.

Intervensjonene i de inkluderte studiene er også iverksatt i ulike avdelinger, ved blant annet dagkirurgi, kirurgisk sengepost og intensivavdeling. Dette kan være hensiktsmessig i forbindelse med implementering i praksis videre, med tanke på at intervensjonene er utprøvd

på både ulike pasientgrupper og i ulike arbeidsmiljø. På samme tid er det viktig å ta høyde for at pasientens helsetilstand vil variere etter type kirurgi, og intervensjonene vil gjerne ikke fungere like godt hos dem som er kritisk syke, blant annet i intensivavdelinger. Dermed er det viktig å legge til grunn at hvert enkelt individ er forskjellig og vil respondere ulikt på den aktuelle intervensjonen. De utvalgte studiene inneholder ulike kirurgiske inngrep, alt fra abdominale til gynekologiske. Dermed vil de ulike pasientgruppene oppleve varierende grad av smerter, og respondere forskjellige på de ikke-medikamentelle tiltakene. Dette bør tas i betraktning ved implementering i praksis.

I flere av studiene blir det påpekt at pasientens kognitive funksjon kan ha påvirket effekten av intervensjonene og er noe som bør bemerkes. I studien til Engwall og Dupplis (2009) understreker forfatterne at den kognitive funksjonen etter gjennomgått anestesi, kan påvirke pasientens evne til å rapportere om smerteopplevelsen. Dette kan redusere validiteten i svarene som fremkommer. I studien til Andersson et al. (2014) oppga flere av pasientene som kun hadde fått muntlig informasjon, at de ikke hadde fått informasjon om smerter postoperativt. Dette sier oss at pasientenes kognitive evne i forbindelse med kirurgisk inngrep, kan være endret eller nedsatt.

Avslutningsvis i metodediskusjonen, ønsker vi å nevne det faktum at kun to av de inkluderte oversiktsartiklene er godkjent i etisk komite. Det kommer frem at de tre andre studiene er etisk vurdert. Samtidig er studiene svært relevante for vår oppgave, de er av høy kvalitet og vi anser det som positivt at de er etisk vurdert.

6.0 Konklusjon

Gjennom teori og lest forskning kan vi konkludere med at ikke-medikamentelle tiltak som musikk, informasjon og andre intervensjoner kan redusere smerter postoperativt og føre til at pasientene opplever mestring. Studiene har sett på effekt av intervensjonene både ved dagkirurgi, i kirurgisk sengepost og i intensivavdeling, noe som er positivt for fremtidig implementering i praksis. Intervensjonene hadde ikke bare effekt på postoperative smerter, men også andre viktige aspekter som angst, blodtrykk og opioidbruk.

Likevel ser vi gjentatte ganger i forskningen at det er utfordrende å implementere de ikke-medikamentelle tiltakene i praksis. Årsaken skyldes ofte mangel på kunnskap og tid blant helsepersonell som skal utføre de ikke-medikamentelle tiltakene, på tross av at dette er et sentralt element i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Studiene belyser behovet for protokoller for implementering og tilstrekkelig opplæring. Flere av de inkluderte studiene etterspør også mer forskning på området. Oppsummerende ønsker vi å trekke frem at de ikke-medikamentelle intervensjonene ga effekt på postoperativ smerte, førte til nedgang i opioidbruk og var enkle å implementere. De ikke-medikamentelle tiltakene er lite ressurskrevende, har lave kostnader og medfører liten risiko for bivirkninger.

7.0 Referanseliste

Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (2015). *Klinisk sykepleie 1*. (4.utg). Oslo: Gyldendal.

Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (2017). *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg). Oslo: Gyldendal.

Andersson, V., Otterstrom- Rydberg, E., Karlsson, A-K. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *American Society for Pain Management Nursing*. 16 (5), 634-641.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>

Bjørnnes, A, K., Rostad, H, M. (2020). Kvinner og menn oppfatter smerte ulikt – hva innebærer det for måling?. *Sykepleien.no*, s. 40-44. 10.4220/Sykepleiens.2020.80588.

Dale, V, H. (2020). The impact of perioperative music on abdominal surgery patients`experience of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of perioperative Practice*. 0 (0), s. 1-13. <https://doi.org/10.1177/1750458920943375>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS

Engwall, M. & Dupplis, G.S. (2009). Music as a Nursing Intervention for Postoperative Pain: A Systematic Review. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 24 (6), 2009, s.370-383.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.10.013>

Felleskatalogen (2020, august). *Morfin*. Felleskatalogen.no.
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-morfin-takeda-642296?markering=1#pil-bivirkning>

Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (utg. 3) Fagbokforlaget.

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *British Associations of Critical Care Nurses*. 18 (6), 2012, s. 307-318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>

Helsebiblioteket (2016). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet (2016, januar). *Alternativer til opioider*. Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider/for-oppstart-av-opioidbehandling/alternativer-til-opioider/hvis-det-er-behov-for-strukturert-behandling-av-langvarig-smerte-er-ikke-medikamentelle-tiltak-den-korrekte-behandlingen-for-de-aller-fleste-eventuelt-i-kombinasjon-med-ikke-opioidholdige-legemidler>

Helsedirektoratet (2017, august). *Stress og mestring*. Helsedirektoratet.no.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Hofstad, E. (2020). -Smerte er mer komplisert enn man hadde trodd. *Sykepleien.no*, s.12-15.

<https://sykepleien.no/2020/04/smerte-er-mer-komplisert-enn-man-har-trodd>

IASP. (2017). *IASP Terminology*. Iasp-pain.org. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Jensen, T, S., Dahl, J, B., Arendt-Nielsen, L. (2009). *Smarter*. (2. utg). København: FADL's Forlag.

Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K. & Snaith, K. (2008). What Do Adult Surgical Patients *Really* Want to Know About Pain and Pain Management?. *Pain Management Nursing*. 10 (1), 2009, s. 22-31 <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.08.006>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E., & Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lønne, Audhild (2019, 22.januar). *Salutogenese*. Snl.no Hentet 26. oktober 2020 fra <https://sml.snl.no/salutogenese>

McCaffrey, M. & Beebe, A. (1998). *Smerter: lærebok for helsepersonell*. (1.utg). Gyldendal AS

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Sandvik, R., K., N., M. & Rustøen., T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien*, 2020;108(80601):(e-80601).10.4220/Sykepleiens.2020.80601

Thidemann, I. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (1.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (utg. 1). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vifladt, E. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring*. Oslo: NKLMS

Vedlegg 1: PICO-skjema

Din problemformulering: <i>“Kan ikke-medikamentelle tiltak bidra til mestring av smerter postoperativt?”</i>	Type spørsmål: Effekt av tiltak
--	--

	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Postoperative pasienter	Ikke-medikamentelle tiltak		Mestring av postoperativ smerte
MeSH ord	Postoperative patients Pain during the period after surgery	Non-medical pain measures Non-medical analgesia Non-pharmalogical interventions		Master Master of postoperative pain
Svemed+		“familie” + “postoperativ		
CINAHL	Postoperative patients* Surgical patients “Postoperative patient OR surgical patients” “postoperative pain OR post operative pain OR post-	Non-pharmacological interventions Family centered care “Non-medical intervention” Information Music therapy “visitation hours OR visiting hours OR		Pain relief Pain control Pain reduction Pain management

	surgery pain OR post-surgical pain”	visiting OR visitors OR visitation OR visitor policy” Family “effect of families”		
Cochrane	Postoperative pain Surgical patient	Music interventions Family centered care		Pain
Pubmed	Postoperative pain Postoperative patient Surgical patient	Music therapy Information Family centered care Family support		Pain
Medline	Postoperative pain	Music intervention		
Epistemonikos	Postoperative patients	Non-pharmacological interventions		
Andre relevante databaser				
Tekstord				

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkemotor:	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkludert i oppgaven?
Epistemonikos (02.11.20)	“postoperative patients” AND “non-pharmacological interventions”	Ingen	0	0	0	
Cinahl (30.03.21)	“postoperative patient OR surgical patients” AND “non-pharmacological interventions” AND “pain management OR pain relief OR pain control OR pain reductions”	Engelsk språk, abstract tilgjengelig, 2010-2020, overskrift som inneholder “pain”	552	7	3	“Patients and ICU nurses’ perspectives of non-pharmacological interventions for pain management” (Gélinas, 2012)
Cinahl (30.03.21)	“postoperative patients” OR “surgical patients” AND “pain” AND “information”	2008-2021	864	3	1	“What Do Adult Surgical Patients <i>Really</i> Want to Know About Pain and Pain Management?” (Kastanias, 2008)
Cinahl (06.04.21)	“postoperative patients” OR “surgical patients*” AND “non-medical intervention” AND “information”	Engelsk språk, abstract tilgjengelig, 2015-2021, publisert i “Pain Management Nursing”	77	3	2	“The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions” (Andersson, 2014)

Cochrane (04.11.20)	postoperative pain AND music intervention*	Ingen	124 (3 cochrane reviews)	4	0	
Pubmed (04.11.20)	postoperative pain AND music therapy	Systematics reviews Årstell 2006-2020	20	4	2	
Medline (04.11.20)	music interventions* AND postoperative pain	Ingen	18	3	3	<p>“The impact of perioperative music on abdominal surgery patients’ experience of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis” (Dale, 2020)</p> <p>“Music as a nursing intervention for postoperative pain: A Systematic Review” (Engwall & Duppils, 2009)</p>
Pubmed (04.11.20)	postoperative pain AND pain AND information	Systematics review	425	3	0	
Svemed+ (05.11.20)	“familie” + “postoperativ	Ingen	3	1	0	

Pubmed (05.11.20)	postoperative patient AND pain AND family centered care	Ingen	18	2	0	
Pubmed (05.11.20)	surgical patient AND pain AND family support	Ingen	1131	6	0	
Cinahl (05.11.20)	“postoperative pain AND “visitation hours OR visiting hours OR visiting OR visitors OR visitation OR visitor policy” AND “family”	Tilgjengelig i Full Text	522	2	0	
Cochrane (05.11.20)	Surgical patient AND pain AND family centered care	Ingen	27	2	0	

Vedlegg 3: Resultatmatrise

Navn på artikkel/ referanse	Land/ år	Antall deltake re	Intervensjo nen	Studietype	Resultat	Konklusjon
<p>“Music as a nursing intervention for postoperative pain: a systematic review”</p> <p>(Engwall & Duppils, 2009, s. 370-383)</p>	Sverige , 2009	1604 stk	Musikk	Systematisk oversikt (18 artikler)	<p>Alle inkluderte artiklene, utenom 3 artikler, viste en signifikant forskjell i postoperative smerter mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.</p> <p>Det var ulike resultater i de inkluderte artiklene når det kom til om musikk hadde en reduserende effekt på inntak av opioider.</p> <p>Forfatterne viser til et resultat hvor musikk kan bidra i smertelindringen av postoperativ smerte, men kan ikke erstatte tradisjonell behandling.</p>	Resultatene viste at musikk som intervensjon bidro til å lindre smerte postoperativt.
<p>“Patients and ICU nurses’ perspectives of non-pharmacological interventions for pain management”</p> <p>(Gélinas et al., 2012, s.307-318)</p>	Canada, 2012	8 fokusgr upper med pasient er, familie og sykeple iere	33 ulike ikke- medikament elle intervensjo ner	Kvalitativt deskriptiv studie	<p>Fokusgruppene bestod av pasienter, familie og spesialiserte sykepleiere. Totalt ble 33 ikke-medikamentelle intervensjoner gjennomført.</p> <p>Det var hovedfokus musikkterapi, distraksjon, enkel massasje og familie tilstedeværelse, som ga god effekt i henhold til smerter og angst. Tilrettelegging for familiemedlemmer var et viktig ikke-medikamentelt tiltak.</p>	Det var enighet om at fire ikke-medikamentelle tiltak (Musikkterapi, distraksjon, enkel massasje og familie tilstedeværelse) var relevante og gjennomførbare både for pasienter, pårørende og sykepleiere i smertebehandling på intensivavdeling.

<p>“The impact of perioperative music on abdominal surgery patients’ experience of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis”</p> <p>(Dale, 2020, s. 1-13)</p>	<p>UK, 2020</p>	<p>1553 stk</p>	<p>Musikk</p>	<p>Systematisk oversikt (12 artikler)</p>	<p>Metaanalysen viser at musikk i den perioperative fasen reduserer postoperative smerter etter gjennomgått abdominal kirurgi.</p> <p>Fire studier viste til en signifikant nedgang i bruk av opioider i intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen.</p> <p>Resultatene viste til at musikkintervensjon var en rimelig intervensjon med få bivirkninger som hadde god effekt for å redusere postoperativ smerte.</p>	<p>Musikkintervensjonen kan brukes som supplement til medikamentell behandling.</p>
<p>“What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management?”</p> <p>(Kastanias et al., 2008, s. 22-31)</p>	<p>Canada, 2008</p>	<p>150 stk</p>	<p>Informasjon</p>	<p>Deskriptiv kvalitativt/kvantitativt studie</p>	<p>Informasjonselementene som var viktigst for gruppen var knyttet til:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Hva skal jeg gjøre hvis jeg fremdeles har smerter eller bivirkninger?” 2. “Hvem skal jeg ringe dersom smertene ikke er godt kontrollert?” 3. “planen om når smertestillende skal tas?” <p>Det frem at pasientene ønsket å vite om andre behandlingsformer, foruten medikamentell behandling.</p>	<p>Informasjon om smerte og smertebehandling hadde stor betydning for pasientene.</p>
<p>“The Importance of Written and Verbal</p>	<p>Sverige, 2014</p>	<p>18 stk</p>	<p>Informasjon</p>	<p>Deskriptiv Kvalitativt studie</p>	<p>Informasjon kunne øke pasientens oppfatning av å ha muligheten til å påvirke og delta i</p>	<p>Flertallet av pasientene uttrykte at en kombinasjon av</p>

<p>Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions”</p> <p>(Andersson et al., 2014, s. 634-641)</p>					<p>smertebehandlingen.</p> <p>Pasientene som fikk skriftlig informasjon følte at de lettere kunne beskrive smertene til personalet, de forstod at de kunne be om smertestillende og følte seg delaktig i behandlingen.</p> <p>Pasientene som fikk muntlig og skriftlig preoperativ informasjon hadde god effekt av tiltaket.</p> <p>En del av pasientene som bare fikk muntlig preoperativ informasjon, ga uttrykk for at dette var for mye å håndtere. Noen av pasientene som fikk muntlig informasjon, kunne ikke huske at denne informasjonen var gitt.</p> <p>Det var stor variasjon i hvordan pasientene opplevde lindring av postoperativ smerte. Pasientene som følte på utilstrekkelig smertelindring, hadde ikke fått skriftlig informasjon.</p> <p>I behandling av postoperativ smerte, er det ulike faktorer som kan påvirke smertelindringen, blant annet helsepersonells tid.</p>	<p>muntlig og skriftlig informasjon var enklest å benytte seg av og forstå.</p>
--	--	--	--	--	--	---