



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	330
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7562
----------------------	------

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:	97
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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

Pasientundervisning som fremmende for
postoperativ smertelindring

Patient education as a promoter of postoperative
pain relief

Kandidatnummer: 330

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

Antall ord: 7562

Abstract

Background: Inadequate postoperative pain relief is a challenge that can result in various unfortunate outcomes and complications. Seen in this context, it may be useful to examine whether surgical patients receive preoperative education on the significance of pain relief and the potential consequences if pain is not adequately treated. Additionally, it may be worth investigating whether such education can promote postoperative pain relief.

Research question: How can preoperative patient education, conducted by nurses, promote postoperative pain relief in elective surgical patients?

Aim: The purpose of this assignment is to investigate whether patient education conducted by nurses, in the preoperative phase, can increase competence and promote postoperative pain relief in surgical patients.

Method: The method used in this thesis is a literature study. Systematic literature searches have been conducted in validated databases.

Results: The articles' findings show that preoperative patient education can increase the patients' knowledge related to postoperative pain. The results also show that the format of patient education is important for the usefulness. Considering individual differences, one approach is unlikely to suit everyone. However, both research findings and theory indicate that a combination of written and oral information, as well as a structured and planned program is preferable.

Conclusion: The literature study indicates that preoperative patient education can be beneficial in enhancing the patient's knowledge and, to some extent, promote postoperative pain relief. However, it is important to recognize that there are limitations to the extent to which patient education can promote pain relief. Pain is a highly personal and complex phenomenon, characterized by significant individual variations.

Keywords: Surgical patients, preoperative education, postoperative pain, pain management, nurse.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	5
1.1 Hensikt med oppgaven.....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3 Problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing av problemstilling.....	6
2.0 Teori.....	6
2.1 Tidligere forskning.....	7
2.2 Smerte	7
2.2.1 Postoperative smerter og smertelindring.....	7
2.2.2 Smertekartlegging	8
2.3 Pasientundervisning	9
2.3.1 Sykepleiers undervisende funksjon.....	9
2.3.2 Lovverk	9
2.3.3 Kommunikasjon	10
2.3.4 Brukermedvirkning og empowerment	11
3.0 Metode	11
3.1 Design	11
3.2 Søkestrategi.....	12
3.3 Valgte artikler	13
3.4 Analyse	14
3.5 Kildekritikk.....	15
3.6 Etske vurderinger.....	15
3.7 Kritikk av metode	16
4.0 Resultater	16
4.1 Artiklenes oppbygning.....	16
4.2 Pasientundervisningens form.....	17
4.3 Pasientundervisningens effekt på smertelindring	17
4.4 Brukermedvirkning	18
4.5 Pasienttilfredshet knyttet til undervisning og smertelindring	18

5.0 Diskusjon	18
5.1 Pasientundervisning	19
5.2 Postoperativ smertelindring	20
5.3 Kommunikasjon og brukermedvirkning	22
5.4 Pasienttilfredshet	23
5.5 Metodediskusjon	24
6.0 Oppsummering	26
6.1 Implikasjoner for sykepleiepraksis	27
7.0 Referanseliste.....	28
8.0 Vedlegg.....	32
8.1 Vedlegg 1 – PICO-skjema	32
8.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk	32
8.3 Vedlegg 3 - Litteraturmatrise.....	35
Tabeller	
Tabell 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
Tabell 2 – Oversikt over artikler	13

1.0 Introduksjon

I Norge ble det gjennomført 413 702 kirurgiske inngrep i 2021, dette inkluderer de offentlige helseforetakene og enkelte private. 51% av disse var dagkirurgiske pasienter, 15% hadde ett døgn på sykehus og 34% hadde to eller flere liggedøgn (Helsedirektoratet, 2022). Sykepleiere vil møte disse pasientene i både den pre- og postoperative fasen, og særlig sykepleiere på kirurgiske avdelinger vil arbeide tett på denne pasientgruppen.

Kirurgiske inngrep medfører vevstraume som vanligvis resulterer i smerter, derfor vil alle postoperative pasienter oppleve smerter i ulik grad (Strand & Nakstad, 2016, s. 588). Ved utilstrekkelig smertelindring i denne fasen blir den naturlige stressresponsen forsterket, faren for blodproppdannelse og iskemi i hjertet øker, immunforsvaret svekkes, risikoen for respiratoriske komplikasjoner øker som følge av redusert ventilasjon og hostekraft, tarm- og blærefunksjon hemmes, samt at risikoen for kroniske smerter kan øke (Norsk legemiddelhandbok, 2020). En oversikt av Gan (2017) formidler at 80% av kirurgiske pasienter i USA ikke er tilstrekkelig smertelindret etter kirurgi. Dette kan føre til konsekvenser som funksjons- og livskvalitetssvikt, økte helsekostnader, økt restitusjonstid, forlenget opioidbruk og risiko for utvikling av kroniske smerter som følge av vedvarende akutte smerter (Gan, 2017). Oppsummert kan det føre til negative utfall både på klinisk, pasientrapportert og helseøkonomisk nivå (Gan, 2017).

1.1 Hensikt med oppgaven

Sett i sammenheng med overnevnt litteratur er mangelfull postoperativ smertelindring en utfordring som kan føre til uheldige utfall. Derfor kan være nyttig å undersøke om kirurgiske pasienter får preoperativ undervisning om hvorfor smertelindring er viktig, og hvilke følger det kan ha dersom postoperative ikke behandles tilstrekkelig. Med andre ord om pasientene har den kompetansen og forståelsen som kan være hensiktsmessig å ha i møte med kirurgi og postoperative smerter, eller om det kan være behov for å heve denne kompetansen. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om pasientundervisning utført av sykepleier, i preoperativ fase, kan fremme postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom personlige erfaringer i praksis og arbeid på sykehus har jeg møtt kirurgiske pasienter i pre- og postoperativ fase. Her har jeg fått interesse for postoperativ smertelindring og pasientenes kunnskap knyttet til dette. Derfor ønsker jeg i denne oppgaven å utforske hvordan preoperativ pasientundervisning utført av sykepleier kan fremme postoperativ smertelindring. Det kan virke som om pasientene har forskjellige oppfatninger når det gjelder viktigheten av smertelindring etter en operasjon. Noen kan ha en oppfatning av at de skal tåle smerter, mens andre forventer å være smertefrie. Enkelte kan også være bekymret for opioidavhengighet. Det kan være flere elementer som påvirker pasientenes syn på postoperativ smertelindring, blant annet kunnskap, og dette ønsker jeg å utforske i oppgaven. Som fremtidig sykepleier ser jeg at dagens praksis knyttet til postoperativ smertelindring kan være varierende. Derfor ser jeg på det som nyttig å lære mer om faktorer som kan bidra til å fremme postoperativ smertebehandling, med preoperativ pasientundervisning som en mulig faktor.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan preoperativ pasientundervisning, utført av sykepleier, bidra til å fremme postoperativ smertelindring hos elektive kirurgiske pasienter?»

1.4 Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til voksne kirurgiske pasienter med elektive forløp. Elektive forløp er planlagte operasjoner. Det avgrenses til elektive pasientforløp ettersom det gir mulighet til å gjennomføre undervisning i kontrollert form før det kirurgiske inngrepet. Sykepleier gjennomfører pasientundervisning, preoperativt, ettersom det er i denne fasen pasientene antagelig kan ha mest nytte av det. I tillegg utelates pasienter med kronisk smerteproblematikk, kognitiv svikt, øyeblikkelig-hjelp-kirurgi, barn og andre som ikke kan uttrykke seg fordi disse pasientgruppene kan kreve annen tilnærming. Pasientundervisning og pasientopplæring viser til at sykepleier informerer, underviser og veileder pasienter.

2.0 Teori

Det teoretiske perspektivet innebærer tidligere forskning, samt litteratur som er relevant knyttet til postoperative smerter, smertelindring og pasientundervisning.

2.1 Tidligere forskning

Det er tidligere forskning på fagfeltet. Herunder to systematiske oversiktsartikler som vurderte effekt, fordeler og ulemper av preoperativ pasientundervisning (Gurusamy et al., 2014; McDonald et al., 2014). Den ene i forkant av elektiv innsetting av hofte- eller kneprotese (McDonald et al., 2014), og den andre i forkant av elektiv laparoskopisk fjerning av galleblæren (Gurusamy et al., 2014). Samtlige konkluderte med at det er usikkert om pasientundervisningen ga fordeler sammenlignet med vanlig preoperativ behandling, og formidlet at det er behov for ytterligere forskning av høyere kvalitet (Gurusamy et al., 2014; McDonald et al., 2014). Imidlertid påpekte McDonald et al. (2014) at den preoperative pasientopplæringen hadde lav risiko for uønskede effekter.

2.2 Smerte

Smerte er et svært sammensatt fenomen som påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle faktorer. Det kan være utfordrende å både definere, formidle, kartlegge og observere smerter fordi det er en høyst subjektiv opplevelse med store individuelle forskjeller (Danielsen et al., 2016, s. 382-383). Nortvedt & Nortvedt (2018) omtaler smerte som en allmennmenneskelig, subjektiv og kroppslig erfaring. Det finnes flere definisjoner av smerte, og en av disse er «An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage» (IASP, 2020).

Vanligvis deles smerter i fire hovedtyper: nociseptive-, nevropatiske-, psykogene- og smerter av ukjent årsak. Nevropatiske smerter skyldes vanligvis skade i det perifere- eller sentrale nervesystemet. Psykogene smerter er sjeldent, men kan oppstå ved psykiske lidelser (Slørdal, 2018, s. 326). Nociseptiv smerte oppstår ved potensiell eller faktisk vevsødeleggelse, oftest akutt som ved skader og kirurgi (Danielsen et al. 2016, s. 386-388).

2.2.1 Postoperative smerter og smertelindring

«Alle former for kirurgisk behandling fører til en grad av vevstraume som utløser nociseptiv smerte» (Strand & Nakstad, 2016, s. 588). Kirurgi gir plutselig vevskade, og går derfor under kategorien akutt smerte. Akutte smerter som oppstår postoperativt, er smertetypen denne oppgaven avgrenses til. Ubehandlet kan dette gi negative fysiologiske reaksjoner, disponere

for komplikasjoner, forlenge sykdomsforløp og gi varige mén (Danielsen et al., 2016, s. 394-395).

Postoperativ smertebehandling bør planlegges og tilpasses individuelt preoperativt, i samarbeid med pasient, med et mål om at pasienten skal være så godt smertebehandlet som mulig gjennom forløpet (Berntzen et al., 2016, s. 361). «Riktig og presis smertebehandling frigjør mentale og fysiske ressurser som er nødvendige for rehabilitering. Både pusteevnen og bevegelseevnen er avhengig av tilstrekkelig smertefrihet» (Strand & Nakstad, 2016, s. 588).

I dag benyttes multimodal smertelindring som standardbehandling ved kirurgiske inngrep, det vil si at smerten angripes fra flere vinkler for å tilstrebe god effekt og lite bivirkninger (Berntzen et al. 2016, s. 361). Berntzen et al. (2016, s. 362) har tilpasset en medikamentell postoperativ smertetrapp som beskriver tre trinn: små-, middels- og store kirurgiske inngrep. Den medikamentelle smertelindringen tilpasses etter inngrepets art og størrelse, men må i tillegg tilpasses individuelt til hver pasient avhengig av elementer som alder, kjønn, vekt, livsstil, psyke, erfaringer og legemiddelbruk (Berntzen et al., 2016, s. 361-362). Ikke-medikamentelle tiltak kan også være en nyttig del av smertebehandlingen. Eksempler på dette er mental og sensorisk avledning som musikk, lydbok, avslapning-, berøring- og pusteøvelser (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 112-113).

2.2.2 Smertekartlegging

For å iverksette smertelindrende tiltak er det en forutsetning å ha kartlagt og vurdert pasientens smerter (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 111). Det er flere hjelpemidler som kan benyttes i møte med dette, som skjemaer, skalaer og kroppskart. Postoperativt benyttes vanligvis smerteskalaer som måler smerteintensiteten på en skala fra 0-10 (Berntzen et al. 2016, s. 353). Slik som visuell analog skala (VAS) og visuell numerisk skala (NRS). Det er vanlig at pasientene ikke bør ha smerteskår høyere enn tre - hvis høyere skår meldes gis det som regel smertestillende, tas vurderinger og eventuelt gis det flere doser inntil skåren er tre eller under (Danielsen et al., 2016, s. 390-391).

Smertefenomenet er en sammensatt opplevelse, og den samme påvirkningen kan gi ulik smerteopplevelse fra person til person. «En persons atferd er i stor grad påvirket av uskrevne normer i familien, nærmiljøet og kulturen» (Danielsen et al., 2016. s. 384). Sykepleiere har en viktig funksjon i smertekartlegging- og behandling. Derfor formidler Danielsen et al. (2016)

at sykepleiere bør inneha grunnleggende kunnskaper og ferdigheter knyttet til dette, samt vektlegge pasientens uttrykk og utsagn sett i sammenheng med kliniske vurderinger, kunnskap og erfaringer (Danielsen et al., 2016, s. 382-384). Nortvedt & Nortvedt (2018) understreker også at profesjonell fagkunnskap innebærer kompetanse til å gjenkjenne smerter, iverksette tiltak og kartlegge virkning, i tillegg til bevissthet rundt egen kompetanse og begrensninger (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 119-120).

2.3 Pasientundervisning

Preoperativ pasientundervisning vektlegges, og hvilken betydning dette kan ha for å fremme postoperativ smertelindring. Thorsen et al. (2019, s. 94-95) formidler at hensikten med pasientundervisning er å øke pasientens kunnskaper, ferdigheter og mestringsstrategier slik at pasienten har bedre forutsetninger til å håndtere situasjonen.

2.3.1 Sykepleiers undervisende funksjon

Sykepleiere vil møte pasientgruppen i både pre- og postoperativ fase. Særlig sykepleiere på kirurgiske avdelinger vil ha en viktig rolle i både undervisning, smertekartlegging og smertebehandling. Regjeringen har utformet en rammeplan for sykepleierutdanningen, og ifølge denne har sykepleiere «ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende» (Regjeringen, 2008, s. 6). Brataas & Evensen (2019, s. 75) formidler på samme måte at sykepleiers rolle innebærer informasjonsformidling, veiledning og støtte til mestring hos pasienter. Derfor vil pasientundervisning falle under fagområdet til sykepleier, men «undervisning og veiledning til den enkelte pasienten i sykehus må skje i løpet av kort tid, og ivaretagelse av helhetlige pedagogiske prosesser blir en utfordring når de skal tilpasses situasjon, behov og pasienten som person» (Norum & Brataas, 2019, s. 178). Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon er viktig for å øke kompetansen til pasientene slik at de bedre kan forstå og håndtere situasjonen de står i. Sett i lys av dette er oppgaven relevant for sykepleiefaget.

2.3.2 Lovverk

Det er flere lover som kan være aktuelle knyttet til pasientundervisning og helsepersonellens plikter. Pasientene har lovfestet rett til informasjon i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Helsepersonell er derfor pålagt å informere og undervise pasientene for å sikre innsikt i egen helsetilstand, risikoer, bivirkninger,

komplikasjoner og lignende. Dette er nødvendig for å sikre pasientenes rett til medvirkning. Informasjonen som gis skal være tilpasset «individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5), og helsepersonellet skal sikre at informasjonen er forstått så langt det lar seg gjøre.

Helsepersonelloven understreker på samme måte plikten til å informere pasienter og eventuelt pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 10). I tillegg fremhever spesialisthelsetjenesteloven fire oppgaver som sykehusene særlig har ansvar for å ivareta, og en av disse er «opplæring av pasienter og pårørende» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8). Det overnevnte lovverket er aktuelt i sammenheng med pasientopplæring i forkant av kirurgiske inngrep som denne oppgaven tar for seg, og ettersom sykepleiere er helsepersonell er de underordnet dette lovverket.

2.3.3 Kommunikasjon

Stort sett krever både pasientundervisning og smertelindring kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. «Å gi informasjon og veiledning er en av hjelperens viktigste kommunikative oppgaver» (Eide & Eide, 2017, s. 218).

Pasientinformasjon dreier seg om formidling av kunnskap [...] Å gi informasjon på en god måte er å formidle kunnskap som pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 217-218)

Sykepleiere har en viktig oppgave i å informere og veilede pasienter. God profesjonell kommunikasjon forutsetter at informasjonen er tilpasset pasientens situasjonsbehov og perspektiv, samt andre individuelle forutsetninger som alder, nasjonalitet, livsstil og lignende (Eide & Eide, 2017, s. 33). Det er en fin balanse mellom passende og overveldende mengde med informasjon, og dette varierer hos hver enkelt. For at pasienter skal huske og nyttiggjøre seg av informasjon er det hensiktsmessig med strukturert informasjon, overkommelig mengde, god formidling med forståelig innhold, samt passende sted og tid (Eide & Eide, 2017, s. 218-220). Sykepleier som fører samtalen bør være faglig trygg, åpen for at samtalen kan gå i flere retninger og improvisere etter pasientens behov og spørsmål (Norum & Brataas, 2019, s.185).

2.3.4 Brukermedvirkning og empowerment

Empowerment kan beskrives som en prosess som understøtter pasientenes selvstendighet, ferdigheter og kunnskaper slik at de kan mobilisere egne ressurser og medvirke i helsefaglige beslutninger (Tveiten, 2018, s. 240-241). «De siste tiårene har pasientene gått fra å være passive mottakere av tjenester til å bli aktive, autonome, likeverdige samarbeidspartnere» (Ingstad, 2021, s. 186). Pasientrollen har endret seg betydelig over tid, og i dag vektlegges brukermedvirkning i stor grad. Brukermedvirkning forutsetter at sykepleier aktivt legger til rette for at pasienten kan medvirke (Vatne, 2019, s. 47). I denne sammenhengen er empowerment en prosess hvor helsepersonell kan bidra til medvirkning gjennom å veilede og tilrettelegge slik at pasientene får nødvendige forutsetninger til være delaktige i egen behandling (Ingstad, 2021, s. 186-187). Viktige prinsipper i empowerment er at pasienten er ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling, samt at veiledning er et middel i prosessen (Tveiten, 2018, s. 256).

3.0 Metode

«Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2020, s. 54). Metoden er den fremgangsmåten som benyttes for å innhente kunnskap og forskning som belyser problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 74).

3.1 Design

Det valgte designet for å belyse problemstillingen er en litteraturstudie, det vil si at oppgaven ser på eksisterende kunnskap og forskning (Dalland, 2020, s. 199). En litteraturstudie ser på et utvalg eksisterende kunnskap og studier innenfor et fagområde, og sammenfatter hva vi vet, avdekker kunnskapshull og viser vei for videre forskning (Thidemann, 2019, s. 79-80). Denne oppgaven skal belyse hva som finnes på feltet om hvordan preoperativ pasientundervisning, utført av sykepleier, kan fremme postoperativ smertelindring hos en til dels avgrenset kirurgisk pasientgruppe. Studier med både kvalitative og kvantitative metoder kan bidra på ulike måter i litteraturstudien for å øke forståelse (Dalland, 2020, s. 54). Kvantitative studier gir målbare resultater, benytter gjerne spørreskjemaer som måleverktøy, datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt og forskeren tilstreber avstand og nøytralitet (Dalland, 2020, s. 55). Kvalitative studier utdyper erfaringer og opplevelser som ikke kan tallfestes, benytter gjerne

intervju som datainnsamling, datainnsamlingen skjer i direkte kontakt og forskeren kan erkjenne påvirkning (Dalland, 2020, s. 55).

3.2 Søkestrategi

I planleggingen av søket ble det laget et PICO-skjema (vedlegg 1) med oversikt over søkeord. PICO-skjemaet er et rammeverk som har bidratt til å identifisere og kombinere søkeord, i tillegg til å gjøre problemstillingen presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82). Det er også utformet inklusjons- og eksklusjonskriterier som avgrensner og tydeliggjør søket (Thidemann, 2019, s. 83). Booleske operatører som «and» og «or» ble benyttet i søkeprosessen, samt trunkering for å få med ulike varianter av et ord. Ved å bruke «and» avgrensnes søket fordi begge søkeord må være med, og «or» utvider søket fordi artiklene kan inneholde enten det ene eller det andre (Helsebiblioteket, 2020). Trunkering brukes for å søke på ulike varianter av et ord, et eksempel på dette er at «nurs*» kan gi resultater på både «nurse», «nurses» og «nursing» (Helsebiblioteket, 2020). Jeg har utført søk i databasene Cinahl, Medline Ovid og Epistemonikos. Se søkehistorikk (vedlegg 2) for utfyllende søkeprosess, dette er dokumentert slik at andre kan etterprøve søket. «Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart» (Thidemann, 2019, s. 82). I arbeidet med søkeprosessen har jeg benyttet meg av søkekurs og biblioteket.

Det systematiske litteratursøket ga mellom 50-149 treff etter avgrensninger i databasene. I utvelgelsen av artikler ble samtlige vurdert utfra tittel og eventuelt sammendrag. Dette førte til 14 aktuelle artikler som ble vurdert i fulltekst. Seks av disse belyste problemstillingen og ble derfor inkludert i litteraturstudien.

Tabell 1 - Inklusjon- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår	- 2013 til 2023	- Eldre enn 2013
Språk	- Engelsk - Norsk - Dansk - Svensk	- Andre som ikke er oversatt til engelsk
Rammer	- Fagfellevurderte studier - Artikler tilgjengelig i fulltekst	- Ikke fagfellevurdert - Ikke tilgjengelig i fulltekst
Populasjon	- Pre- og postoperative pasienter - Voksne pasienter - Elektive pasientforløp	- Pasienter under 18 år (barn) - Kronisk smerteproblematikk - Kognitiv svikt

		- De som ikke kan uttrykke seg - Øyeblikkelig hjelp kirurgi
Intervensjon	- Preoperativ pasientundervisning som omhandler postoperative smerter.	- Artikler som ikke omhandler dette

3.3 Valgte artikler

Tabell 2 gir en oversikt over inkluderte artikler. Se litteratormatrise (vedlegg 3) for utfyllende informasjon. Litteratormatrisen presenterer hovedelementene i hver artikkel, inkludert artiklenes hensikt, studiedesign, utvalg, resultat, relevans, kvalitetsvurdering og etiske overveielser (Thidemann, 2019, s. 95).

Tabell 2 - Oversikt over artikler

Tittel, forfatter, år, tidsskrift	Studiedesign	Populasjon	Relevans for problemstilling
«Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project» (O'Donnell, 2018) <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i>	Kvantitativ studie Datainnsamling: Spørreundersøkelse	Elektiv kirurgi, laparoskopisk. 99 deltakere. 18 og oppover. USA	Evaluere effekten av en preoperativ smertebehandlings- pasientopplærings-intervensjon for pasientenes smertebehandling postoperativt. (Preoperativ undervisning, smerter)
«The Impact of Scripted Pain Education on Patient Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients» (Best et al., 2018) <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i>	Kvantitativ studie Datainnsamling: Spørreundersøkelse	Elektiv kirurgi, abdominal. 100 deltakere. 18 og oppover. USA	Evaluere pasienttilfredsheten med strukturert preoperativ smertebehandlingsopplæring for pasienter som skulle gjennomgå abdominal kirurgi. (Preoperativ undervisning, smerter)
«The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions» (Andersson et al., 2015) <i>Pain Management Nursing</i>	Kvalitativ studie Datainnsamling: Intervju	Elektiv kirurgi, ortopedisk. 18 deltakere. 46-82 år Sverige	Undersøke betydningen av preoperativ informasjon om smertebehandling, og betydningen dette hadde for måten smerte ble håndtert på i den postoperative fasen. (Preoperativ undervisning, smerter)

«Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study» (Blöndal et al, 2022) <i>Nursing Open</i>	Kvantitativ studie Datainnsamling: Spørreundersøkelse	Elektiv kirurgi, flest ortopedisk og generell. 697 deltakere 18 og oppover. Island	Undersøker kirurgiske pasienters forventninger og erfaringer knyttet til pasientundervisning, både preoperativ- og utskrivningsundervisning, inkludert tema smertelindring. (Pasientundervisning, inkludert smerte)
«Effects of a Video-Based Preoperative Educational Intervention Plus Nurse-Led Reinforcement Discussion on Knowledge, Self-Efficacy, and Resilience in Patients Undergoing Major Surgery» (Gonella et al., 2021) <i>Clinical Nursing Research</i>	Kvantitativ studie Datainnsamling: Spørreundersøkelse og sjekklister.	Elektiv kirurgi, generell og onkologisk. 80 deltakere inkludert, 18 og oppover. Italia	Vurderer effekten av videobasert preoperativ undervisningsintervensjon kombinert med en-til-en sykepleierledet samtale på kunnskap, mestringstro og motstandskraft. (Preoperativ undervisning, inkludert smerte)
«The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery» (Aydal et al., 2023) <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i>	Kvantitativ studie Datainnsamling: Spørreundersøkelse og VAS	Elektiv kirurgi, laparoskopisk. 135 deltakere. 18-83 år. Tyrkia	Vurderer effekten av preoperativt, samt senere, besøk og undervisning utført av operasjonssykepleier på pasientens angst og smerter postoperativt. (Pasientundervisning/besøk, smerter)

3.4 Analyse

«Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle» (Dalland, 2020, s. 221). Problemstillingen legger føringer for det praktiske analysearbeidet slik at det som er relevant for å belyse temaet trekkes ut av artiklene (Thidemann, 2019, s. 93). I analyseprosessen lastet jeg ned alle forskningsartiklene, leste nøye gjennom og markerte likheter og ulikheter innenfor samme tema ved hjelp av farger. Deretter sorterte jeg ut likheter, samlet informasjonen og plasserte dem under overordnede kategorier. Ved hjelp av denne prosessen kom jeg frem til fem ulike kategorier som jeg har sammenfattet og presentert i resultatdelen.

3.5 Kildekritikk

Kilder er opphav til kunnskap, men må vurderes i henhold til pålitelighet, relevans og kvalitet (Dalland, 2020, s. 140). Kildekritikk er viktig for å avdekke faglig holdbar litteratur som belyser problemstillingen (Dalland, 2020, s. 142-143). Selv om artiklene er publisert i legitime databaser er det viktig å vurdere artiklenes resultater, overførbarhet og gyldighet knyttet opp mot tema og problemstilling (Helsebiblioteket, 2018). I arbeidet med dette har jeg benyttet Helsebibliotekets (2021) sjekklister. Disse sjekklisterne er tilpasset studienes forskningsdesign og fungerer som et hjelpemiddel i prosessen med å kritisk vurdere vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91). De inkluderte artiklene i denne litteraturstudien er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Det vil si at de har blitt gjennomgått av redaksjoner og fagpersoner i henhold til kvalitet og vitenskapelig standard (Dalland, 2020, s. 145).

For å belyse problemstillingen har jeg benyttet pensumlitteratur, annen relevant litteratur, retningslinjer, rammeplaner, lovverk, forskningsartikler og systematiske oversiktsartikler. I inklusjons- og eksklusjons kriteriene kommer det frem at søket ble avgrenset til de siste ti årene. Det ble avgrenset til dette for å få relevante artikler som gir et gyldig, riktig og tidsaktuelt bilde av dagens praksis. De resterende kildene benyttet i oppgaven er også innenfor dette tidsrommet. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble benyttet jevnlig for å vurdere relevansen av aktuelle kilder.

3.6 Ethiske vurderinger

Forskning er viktig både for å avdekke ny kunnskap og for å etterprøve tidligere påstander og resultater (Dalland, 2020, s. 41). Forskningsetikk er et etisk område som omhandler vurdering av verdier og normer knyttet til alle sider av forskningen (Dalland, 2020, s. 168).

Forskningsetiske hensyn innebærer at deltakernes personvern skal være ivaretatt, samt at deltakerne ikke skal ha blitt påført skade eller unødvendige belastninger som går utover deres velferd og livskvalitet (Dalland, 2020, s. 168). De nasjonale forskningsetiske komiteene har utviklet 14 generelle forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Retningslinjene legger føringer for elementer som faglig kvalitet på forskningen, frivillig informert samtykke, konfidensialitet og rettferdighet, samt at forskningen bør etterstrebe positive konsekvenser for både deltakerne og resten av samfunnet

(De forskningsetiske komiteene, 2019). Pasienter med smerter kan være en sårbar gruppe, og det er derfor viktig å sikre at pasientene ikke føler seg presset til å delta og vet at det ikke har negative konsekvenser for deres smertebehandling om de trekker seg (Danielsen et al., 2016, s. 383). Artikkene som er inkludert i litteraturstudien er vurdert i henhold til forskningsetiske hensyn. Deltagerne ble informert om frivillig deltakelse og konfidensialitet, det ble innhentet samtykke og de kunne trekke seg når som helst underveis.

3.7 Kritikk av metode

Det er både styrker og svakheter med den valgte metoden for å belyse problemstillingen. Litteraturstudier baserer seg på sekundærdata, det vil si eksisterende data som er innhentet av andre (Thidemann, 2019, s. 75). Det betyr at informasjonen må tolkes, og da kan det forekomme feiltolkninger. I tillegg kan artiklene bære preg av forskernes egne erfaringer, holdninger og tolkninger (Dalland, 2020, s. 64). Det er viktig å kritisk vurdere artiklene, og i arbeidet med dette er det benyttet sjekklister (Helsebiblioteket, 2021). Et eksempel på en annen metode kan være en empirisk studie hvor forfatteren innhenter primærdata selv (Thidemann, 2019, s. 75).

En begrensning i metoden kan være søkeprosessen som innebærer valget av databaser, søkeord og kombinasjoner, samt inklusjon- og eksklusjonskriterier. Elementer i søkeprosessen kan ha medført at all relevant forskning ikke har kommet frem i det systematiske litteratursøket. En styrke med litteraturstudie kan være at det sammenfatter eksisterende kunnskap på et fagområde, avdekker kunnskapshull og viser vei for videre forskning (Thidemann, 2019, s. 79-80).

4.0 Resultater

4.1 Artikkelenes oppbygning

Selv om studiene belyser det samme emnet, er de noe ulik i metode, oppbygning og innhold. Spørreundersøkelse ble brukt til innhenting av data i samtlige studier, bortsett fra Andersson et al. (2018) som intervjuet deltagerne. Alle studiene vurderte effekten av en intervensjon knyttet til pasientundervisning, bortsett fra Blöndal et al. (2022) som undersøkte kirurgiske pasienters erfaringer med standard pasientopplæring på to sykehus. Tre av studiene hadde

intervensjons- og kontrollgruppe (Aydal et al., 2023; Best et al., 2018; O 'Donnell 2018), mens to hadde kun intervensjonsgruppe (Andersson et al., 2015; Gonella et al. 2021). Fellestrekk med de overnevnte er at kontrollgruppen stort sett har mottatt standard generell pasientopplæring sykehuset tilbød på daværende tidspunkt, mens den andre gruppen har mottatt pasientopplærings-intervensjonen.

4.2 Pasientundervisningens form

Pasientundervisningen varierte blant annet i form av hvem som underviste, innhold, struktur, tidsbruk, virkemidler, sted og bruk av manuskript. I flertallet av studiene var det sykepleiere som underviste (Aydal et al., 2023; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O 'Donnell, 2018). I samtlige studier som vurderte effekt av intervensjon ble det benyttet strukturert og planlagt undervisningsmateriale. Det ble presentert konsekvent både muntlig og skriftlig utvalgt eller utformet materiale i fire av seks studier (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O 'Donnell, 2018). Gonella et al. (2021) presenterte i tillegg en pedagogisk video. Aydal et al. (2023) benyttet kun muntlig undervisning utført av en operasjonssykepleier som fulgte pasienten opp pre-, per- og delvis postoperativt. De oppgitte informasjonskildene i Blöndal et al. (2022) var en til en med helsepersonell (79,7 %), skriftlig informasjon (78,4 %), og nettsider (15%). Samtlige studier vurderte preoperativ pasientundervisning knyttet til postoperative smerter og smertelindring ettersom dette er et sentralt tema.

4.3 Pasientundervisningens effekt på smertelindring

Artiklenes funn knyttet til pasientundervisningens effekt på smertelindring og eventuelt annen nytteverdi varierer. I studiene hvor deltagerne mottok både skriftlig og muntlig informasjon kom det frem at dette var å foretrekke. Det skriftlige materialet ga de muligheten til å lese informasjonen flere ganger ved behov (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; Gonella et al., 2018; O 'Donnell 2018). Funnene i flere studier indikerte at preoperativ smerteopplæring økte kunnskapen på viktige områder innenfor postoperativ smertelindring, og derav var nyttig for å håndtere dette (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; O 'Donnell 2018). Aydal et al. (2023) avdekket ikke betydelig forskjell på postoperativ smerteintensitet, men påviste nytteverdi i form av redusert preoperativt angstnivå. Gonella et al. (2018) avdekket nytteverdi av preoperativ video, samtale og skriftlig materiale i form av økt kunnskap og mestringstro hos deltagerne, men ingen påvisbar effekt på motstandsdyktighet. Deltagerne i Blöndal et al. (2022) rapporterte at de fikk undervisning knyttet til de viktigste temaene og anså dette som

nyttig, men forventet mer undervisning enn de fikk, særlig knyttet til smerte og smertelindring.

4.4 Brukermedvirkning

Deltagerne i Andersson et al. (2015) formidlet at pasientundervisningen ga de muligheten til å medvirke i sin egen smertebehandling postoperativt fordi de hadde den nødvendige kunnskapen tilgjengelig som blant annet kjennskap til smerteskalaen. Det kom også frem at de fleste ønsket informasjon og deltagelse i egen smertebehandling, men enkelte anså dette som en belastning og foretrakk heller å stole på helsepersonellet (Andersson et al. 2015). Spørreskjemaet som O'Donnell (2018) benyttet undersøkte også pasientenes evne til å delta i smertebehandling postoperativt, men dette er ikke fremstilt eller utdypet videre i resultatdel.

4.5 Pasienttilfredshet knyttet til undervisning og smertelindring

Det kom frem at det var ulike elementer som påvirket pasientenes opplevelse med undervisningen og den postoperative smertelindringen. I Best et al. (2018) rapporterte flere deltagere at de ønsket en mindre forhastet undervisning, mer tid til å stille spørsmål og forstå informasjonen. Deltagerne i Andersson et al. (2015) påpekte at travelt personale kunne bidra til at de ventet med å ta kontakt, men de oppga at personalet var hjelpsomme og opptatt av å gi smertelindring ved behov, noe som hadde positiv effekt på smertebehandlingen. Gonella et al. (2021) understreker også personellens holdninger som viktig for pasienttilfredsheten. I Andersson et al. (2015) kom det frem at det var betydelig variasjon i bruk av smerteskalaen, og at mangel på regelmessig smertevurdering kan ha påvirket smertene negativt. Deltagerne i Blöndal et al. (2022) mottok varierende standardundervisning og oppga at de hadde forventet mer preoperativ informasjon om smerter, smertelindring, bivirkninger, komplikasjoner, rehabilitering og sårbehandling. I Gonella et al. (2021) rapporterte totalt sett deltagerne om lav tilfredshet, dette forklarte de delvis med elementer som mengden informasjon, fysisk og psykisk situasjon hos individet, sykehusmiljø, personalressurser og tidligere erfaringer.

5.0 Diskusjon

I denne delen vil funnene i artiklene diskuteres opp mot relevant faglitteratur. Til slutt diskuteres metoden.

5.1 Pasientundervisning

God pasientundervisning handler om å formidle kunnskap pasienten har behov for og kan nyttiggjøre seg av (Eide & Eide, 2017, s. 217-218).

Med henblikk på undervisningsmateriell brukte fire av seks studier en kombinasjon av muntlig og skriftlig materiell, og det kom frem at pasientene foretrakk denne kombinasjonen (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O'Donnell, 2018). Norum & Brataas (2019, s. 183-184) omtaler skriftlig informasjon som et viktig tiltak for at pasientene skal kunne lese stoffet flere ganger og tilegne seg kunnskapen i rolige omgivelser. På samme måte understreker deltakere i Andersson et al. (2015) verdien av dette. I Andersson et al. (2015) var det i tillegg en gruppe pasienter som kun mottok muntlig informasjon. Disse formidlet at det var mye informasjon på en gang og de klarte ikke å huske eller nyttiggjøre seg av alt i ettertid.

Samtlige studier som vurderte en intervensjon, fulgte et strukturert undervisningsopplegg (Andersson et al., 2015; Aydal et al., 2023; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O'Donnell 2018). Dette metodevalget samsvarer med teorien som viser at pasienter husker informasjon lettere hvis informasjonen er strukturert og inneholder holdepunkter å knytte informasjonen til (Eide & Eide, 2017, s. 219). Dessuten kan sykepleiere utføre pasientundervisningen ulikt, særlig ved et ustrukturert undervisningsopplegg. Dette kan føre til varierende kvalitet, og av den grunn er standardisert undervisning tilrådelig (Norum & Brataas, 2019, s. 186-187).

Blöndal et al. (2022) undersøkte den faktiske pasientundervisningen som var gitt ved to sykehus, noe som varierte betydelig i både form og innhold. De formidlet selv at daværende pasientopplæringspraksis ikke var i tråd med gjeldende bevismateriale for innhold og undervisningsstrategier (Blöndal et al., 2022). Dette samsvarer med tidligere opplysninger om at sykepleiere kan ha begrensede kunnskaper om undervisningsstrategier og systemisert pasientundervisning (Norum & Brataas, 2019, s. 187).

Pasientundervisningens form har trolig betydning for pasientenes nytteverdi, men ettersom vi alle er forskjellige vil sannsynligvis ikke en tilnærming passe alle. Imidlertid indikerer funn i studiene og teorien at en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon, samt et strukturert og planlagt opplegg er hensiktsmessig (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018;

Eide & Eide, 2017, s. 219; Gonella et al., 2021; Norum & Brataas, 2019, s. 183; O 'Donnell, 2018).

5.2 Postoperativ smertelindring

Tilstrekkelig postoperativ smertelindring er sentralt for å styrke pasientenes mentale og fysiske kapasitet (Strand & Nakstad, 2016, s. 588). Nortvedt & Nortvedt (2018, s. 59-60) påpeker at kroppslig smerte stjeler oppmerksomhet fra omverdenen, i tillegg til at utilstrekkelig smertelindring kan øke risiko for komplikasjoner (Berntzen et al., 2016, s. 356).

Funnene i fire av seks studier tilsa at preoperativ undervisning økte kunnskapen på viktige områder innenfor postoperativ smertelindring (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O 'Donnell 2018). Dette samsvarer med pasientundervisningens hensikt som er å øke pasientens kunnskaper og ferdigheter slik at de har bedre forutsetninger for å håndtere situasjonen (Thorsen et al., 2019, s. 94-95). På samme måte indikerte flere av studiene at pasientenes økte kunnskapsgrunnlag var nyttig i håndteringen av postoperative smerter (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; O 'Donnell 2018).

I motsetning til dette kom det i Aydal et al. (2023) frem at pasientundervisningen ikke hadde merkbar effekt på postoperativ smerteintensitet, men her må det nevnes at kontrollgruppen fikk undervisning av sykepleier og intervensjonsgruppen av operasjonssykepleier. Dermed fikk begge gruppene strukturert undervisning av utdannet helsepersonell (Aydal et al. 2023). Når det er sagt så vet vi at smerte er en sammensatt personlig erfaring som påvirkes av både fysiske, psykiske og samfunnsmessige forhold (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 37-38). Smerteopplevelsen kan være vanskelig for pasient å formidle og definere, samt utfordrende for sykepleier å observere og vurdere ettersom det er store individuelle forskjeller i smerteuttrykket (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

Smerteopplevelsen er altså svært individuell og mangesidig (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 15-16), og dermed kan det tenkes at det er begrenset hvor mye pasientundervisning, utført av sykepleier, kan bidra til å fremme postoperativ smertelindring. Men ifølge Thorsen et al. (2019, s. 94-95) er pasientveiledning viktig fordi det skal gi pasientene ressurser til å mestre situasjonen de står i. Dette understrekes også i en studie hvor deltakerne formidlet at kunnskapen de hadde tilegnet seg, knyttet til å be om smertestillende i god tid for å unngå

smertetopper, var positivt for smertebehandlingen (Andersson et al. 2015). Dermed var det økte kunnskapsgrunnlaget formidlet gjennom pasientundervisningen nyttig for å håndtere de postoperative smertene (Andersson et al. 2015), dette uttrykkes også i ytterligere studier (Best et al., 2018; O'Donnell 2018).

Ikke-medikamentelle tiltak kan være et nyttig supplement til den medikamentelle smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 391-392). I O'Donnell (2018) kom det frem at intervensjonsgruppen ble oppfordret til å bruke ikke-medikamentelle tiltak oftere, samt benyttet dette noe mer i den postoperative smertebehandlingen i form av tiltak som avledning og avslapning (O'Donnell, 2018). Nortvedt & Nortvedt (2018, s. 112-113) påpeker at avledning er et effektivt ikke-medikamentelt tiltak som leder pasientens oppmerksomhet bort fra smerten og over mot andre sansepåvirkninger.

Smertekartlegging og -vurdering er en forutsetning for å iverksette smertelindrende tiltak (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 111). Som nevnt tidligere er det vanlig at pasientene ikke bør ha smerteskår høyere enn tre (Danielsen et al., s. 390), og smerteskalaer som NRS og VAS benyttes vanligvis for å måle smerteintensitet postoperativt (Berntzen et al., s. 353). Funnene i Andersson et al. (2015) påpekte at det var betydelig variasjon i bruken av smerteskalaen postoperativt, og at mangel på regelmessig smertevurdering kan ha hatt negativ effekt på smertebehandlingen. Danielsen et al. (2016, s. 390) understreker at det er avgjørende at sykepleier benytter smerteskalaen jevnlig for at den skal ha nytteverdi. Det vil si både før og etter smertelindrende tiltak for å evaluere effekt (Danielsen et al., 2016, s. 390). Videre benyttet en av artiklene visuell analog skala til datainnhenting postoperativt, og deltakerne fikk dermed smerteintensitet godt kartlagt det første døgnet, men verdien av dette utdypes ikke videre (Aydal et al., 2023).

Postoperativ smertelindring er viktig (Berntzen et al., 2016, s. 356; Strand & Nakstad, 2016, s. 588), men kan være utfordrende både for pasient og sykepleier ettersom smerteopplevelsen er høyst subjektiv (Danielsen et al. 2016, s. 383). Studienes resultater sett i sammenheng med teorien indikerer at pasientundervisning kan være nyttig for å øke pasientenes kunnskapsgrunnlag, og dermed til en viss grad fremme postoperativ smertelindring.

5.3 Kommunikasjon og brukermedvirkning

Pasientene har rett på informasjon, medvirkning og opplæring (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven § 3, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8).

For å sikre dette kreves det som regel kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.

Flere deltagere i Andersson et al. (2015) formidlet at pasientundervisningen ga de mulighet til å medvirke i sin egen postoperative smertebehandling fordi de hadde kunnskapen tilgjengelig. Eide & Eide (2017, s. 219) påpeker på samme måte at kunnskap er nødvendig for selvbestemmelse og mestring. I tillegg er sykepleiere underlagt lovverk som uttrykker at informasjon er en forutsetning for at pasientene skal få tilstrekkelig innsikt til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, § 3-2). Når det er sagt varierer det fra person til person hvor mye informasjon de ønsker (Norum & Brataas, 2019, s. 186). I artikkelen kom det frem at de fleste ønsket informasjon og deltagelse i egen smertebehandling, men enkelte anså dette som en belastning og foretrakk heller å stole på helsepersonellet (Andersson et al. 2015). Det formidles også i lovverket at informasjon ikke skal gis mot pasientens vilje, med mindre det er helt nødvendig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

I dag vektlegges brukermedvirkning, pasientperspektiv og empowerment i vesentlig grad (Ingstad, 2021, s. 188). Som nevnt ovenfor ga økt kunnskapsgrunnlag mulighet til å medvirke (Andersson et al. 2015). Dette kan ses på som empowerment ettersom pasientundervisningen ga økte kunnskaper og derav forutsetninger for å medvirke (Tveiten, 2018, s. 248-249). På den andre siden påpeker Andersson et al. (2015) at ikke alle ønsker eller har mulighet til å delta, og flere eldre deltagere i deres studie ønsket å gi hele ansvaret til helsepersonell. Norum & Brataas (2019, s. 186) understreker at en av årsakene til dette kan være kulturelt betinget, som troen på skjebnen, religion eller lignende. Videre var det en annen artikkel som benyttet en spørreundersøkelse som målte medvirkning i smertebehandling postoperativt, men resultatene av dette er ikke fremstilt eller utdypet ytterligere (O'Donnell, 2018).

Passende mengde, rett tid og rett sted har betydning for informasjonens verdi (Eide & Eide, 2017, s. 219). I Best et al. (2018) rapporterte deltagere at undervisningen foregikk parallelt med andre preoperative forberedelser, og at dette var negativt for utbyttet. I likhet med dette understreker Eide & Eide (2017, s. 219) at hvis informasjon gis samtidig som andre prosedyrer er pasienten opptatt med dette, og dermed lite mottakelig for annen informasjon. Det kommer også frem at undervisning like før operasjonen trolig ikke er det beste

tidspunktet, da pasienten kan være nervøs (Best et al. 2018). Pasientens evne til å huske informasjon kan være dårlig når pasienten er engstelig (Norum & Brataas, 2019, s. 189). Berntzen et al. (2016, s. 322) påpeker at det er hensiktsmessig å informere pasienten i god tid preoperativt. Norum & Brataas (2019, s. 190) poengterer at sykepleiere som formidler informasjon bør opptre rolig, ikke ha hastverk og benytte forståelige uttrykk. Uheldigvis formidlet flere deltakere i Best et al. (2018) at de opplevde undervisningen som forhastet, med lite tid til å stille spørsmål og forstå informasjonen.

Et annet moment er pasienterfaringer med manglende informasjon selv om de kan ha fått informasjonen, noe som til en viss grad kan være situasjonsbetinget (Eide & Eide, 2017, s. 219). Informasjonen som sykepleier formidler kan bli borte i inntrykk knyttet til sted, kirurgi, prosedyrer og bekymringer (Eide & Eide, 2017, s. 219). Dette samsvarer med funn i en av artiklene hvor pasienter som kun hadde mottatt muntlig informasjon formidlet at de ikke hadde fått informasjon om postoperativ smertevurdering (Andersson et al. 2015). På samme måte opplyser Norum & Brataas (2019, s. 189) at evnen til å huske informasjon er upresis dersom pasienten er stresset eller engstelig.

Funn i artiklene og teorien støtter at tid, sted og sykepleiers formidling har betydning for utbyttet av pasientundervisningen. Derfor kan det være tilrådelig at informasjonen gis på rett sted og til rett tid (Eide & Eide, 2017, s. 219), samt at sykepleier sikrer at informasjonen er forstått ved å for eksempel be pasienten gjenta budskapet (Norum & Brataas, 2019, s. 187). Både teorien og deltagere i Andersson et al. (2015) løfter frem muligheten til brukermedvirkning som en viktig del av smertebehandlingen, og formidler at informasjonen trolig la grunnlag for medvirkning (Andersson et al. 2015).

5.4 Pasienttilfredshet

Fire av seks inkluderte studier tok stilling til pasienttilfredshet (Andersson et al. 2015; Best et al. 2018; Blöndal et al., 2022; Gonella et al., 2021). Personellens holdninger poengteres som viktige for den opplevde pasienttilfredsheten (Andersson et al. 2015; Gonella et al. 2021). Flere opplevde personalet som hjelpsomme og opptatt av å gi smertelindring ved behov, noe som hadde positiv effekt på smertebehandlingen (Andersson et al. 2015). Ettersom pasientens smerteopplevelse ikke er etterprøvbart utfordres sykepleiers holdninger og ansvar (Nortvedt &

Nortvedt, 2018, s. 108). Sykepleier har valget mellom å ha tillit eller ikke til pasientens opplevelse (Danielsen et al., 2016, s. 382).

Det kom også frem at underbemanning og travelt personale kunne påvirke tilfredsheten, både ved undervisning og postoperativ smertebehandling (Andersson et al. 2015; Best et al. 2018 Gonella et al. 2021). Mange sykepleiere har begrenset med tid og ressurser, og må som følge av dette prioritere (Ingstad, 2021, s. 169). I Gonella et al. (2021) rapporterte totalt sett deltagerne om lav tilfredshet, dette forklarte de delvis med elementer som mengden informasjon, fysisk og psykisk situasjon hos individet, sykehusmiljø, personalressurser og tidligere erfaringer. Det må anerkjennes at sykehusmiljøet kan være overveldende med mange nye inntrykk knyttet til sted, kirurgi, prosedyrer og bekymringer (Eide & Eide, 2017, s. 219). I tillegg har inngrepets alvorlighetsgrad, tidligere erfaringer og pasientens motivasjon betydning for opplevelsen (Berntzen et al., 2016, s. 310).

En av artiklene påpekte at pasientene ønsket og forventet mer undervisning knyttet til smerte, smertelindring, bivirkninger, komplikasjoner og lignende (Blöndal et al., 2022). Berntzen et al. (2016, s. 322) poengterer at en sentral del av den preoperative pasientundervisningen er å informere om postoperativ smertelindring. I tillegg har pasientene lovfestet rett til tilstrekkelig mengde informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, samt mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Imidlertid er det viktig å ta med i betraktningen at for mye informasjon igjen kan oppleves som belastende og miste verdi (Eide & Eide, 2017, s. 219).

Teorien og artiklene belyser at det er både ytre og indre faktorer som påvirker den opplevde pasienttilfredsheten. Det kan tenkes at dette er et utfordrende område for sykepleier fordi pasientene har ulike forventninger og forutsetninger. I tillegg kan sykepleiere ha ulike forutsetninger på bakgrunn av sin egen kompetanse og erfaring.

5.5 Metodediskusjon

Litteraturstudien baserer seg på eksisterende kunnskap og forskning innenfor et begrenset fagområde, sammenfatter hva vi vet og avdekker kunnskapshull (Thidemann, 2019, s. 79-80). Det benyttes eksisterende data innhentet av andre, og det innebærer at forskningens innhold må tolkes og vurderes. Dermed kan feiltolkninger og misforståelser forekomme. For å unngå

dette er artiklene lest og vurdert flere ganger. I tillegg kan artiklene bære preg av forskernes egne erfaringer, holdninger og tolkninger (Dalland, 2020, s. 64). Derfor er det hensiktsmessig å kritisk vurdere artiklens kvalitet ved hjelp av sjekklister (Helsebiblioteket, 2021). Artiklene er skrevet på engelsk slik at innholdet må tolkes og oversettes, noe som kan medføre risiko for misforståelser. De inkluderte studiene er utført i andre land, henholdsvis Island, Sverige, USA, Italia og Tyrkia. Helsesystemet, lover, retningslinjer og sykepleiepraksis kan avvike fra gjeldende rammer i Norge. Dette kan ha innvirkning på overføringsverdien til norske sykehus. I denne litteraturstudien er det inkludert studier fra Norden, noe som trolig øker overføringsverdien til norske sykehus.

Det er inkludert flest kvantitative studier i litteraturstudien, men også en kvalitativ. Både kvalitative og kvantitative metoder er viktige og bidrar på ulike måter til økt forståelse (Dalland, 2020, s. 54). Kvantitative studier gir målbare resultater og kvalitative studier utdyper erfaringer og opplevelser (Dalland, 2020, s. 54). For å kartlegge smertelindring kan kvantitative målbare undersøkelser være hensiktsmessig, men på den andre siden er kvalitative undersøkelser viktig for å belyse pasientens helhetlige opplevelse. En utfordring er at smerteopplevelsen er høyst subjektiv med store individuelle forskjeller, samt at den påvirkes av en rekke ulike faktorer (Danielsen et al., 2016, s. 383). Derfor er det vanskelig å få til en helt nøyaktig og objektiv vurdering av smerte (Dalland, 2020, s. 62).

En begrensning i metoden kan være søkeprosessen som innebærer valget av databaser, søkeord og kombinasjoner, samt inklusjon- og eksklusjonskriterier. Jeg har søkt i tre databaser som er blant de største medisinske og helsefaglige databasene. Søkeordene og kombinasjonene jeg har benyttet har avgrenset og utvidet søket, andre kombinasjoner og søkeord enn det som ble forsøkt kan gi andre resultater. Det er usikkert om andre kombinasjoner hadde vært mer hensiktsmessig. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene begrenset søket, sammen med andre elementer i søkeprosessen kan dette ha medført at all relevant forskning ikke har kommet frem i det systematiske litteratursøket.

Det må understrekes at det finnes store forskjeller innenfor de kirurgiske gruppene. Eksempler på kirurgiske grupper kan være gastro-, ortopedi-, nevrologisk- og karkirurgi. Det er gjerne betydelige forskjeller i form av smerter og plager på forhånd og i ettertid, inngrepets art, rehabilitering og hvilke faktorer som vektlegges i forløpet. I denne oppgaven avgrenses det ikke fullstendig til en kirurgisk gruppe fordi det var utfordrende å finne nok studier som

belyste problemstillingen hos kun en kirurgisk gruppe. Imidlertid avgrenses oppgaven til elektive pasienter og andre forhold som innsnevrer, som nevnt i avgrensningen av problemstillingen. De inkluderte artiklene omhandler hovedsakelig generell og ortopedisk kirurgi. Det kan være en svakhet at oppgaven ikke er avgrenset til et bestemt inngrep.

Alle studier har begrensninger og styrker. Fem av seks inkluderte studier innhenter data ved hjelp av spørreundersøkelse. Best et al. (2018) påpeker at det er mulig at enkelte deltakere kan ha misforstått spørsmål på spørreskjemaet. På den andre siden kan spørreundersøkelser med faste svaralternativer være hensiktsmessig for å få tallfestede og sammenlignbare svar fra en større gruppe (Dalland, 2020, s. 54-55). Blöndal et al. (2022) poengterer en begrensning som følge av mangel på validerte instrumenter for å måle pasientopplæring. Pasientene møter vanligvis en rekke ulikt personell før en operasjon, noe som gjør det vanskelig å sikre at hver pasient får konsekvent preoperativ opplæring, dette fremhever O'Donnell (2018) som en utfordring. Flere av studiene understreker at det er behov for ytterligere forskning for å estimere effekt (Aydal et al., 2023; Gonella et al., 2021; Best et al., 2018).

6.0 Oppsummering

I denne litteraturstudien var målet å utforske om preoperativ pasientundervisning, utført av sykepleier, kunne bidra til å fremme postoperativ smertelindring hos elektive kirurgiske pasienter. For å belyse denne problemstillingen har jeg benyttet relevant teori og forskning, og relevante emner knyttet til dette er diskutert. Samtlige inkluderte artikler belyser pasientens perspektiv, noe som ga innblikk i pasientenes opplevelse av undervisningen og den postoperative smertelindringen. I litteraturstudien kommer det frem at preoperativ pasientundervisning kan være nyttig for å øke pasientenes kunnskapsgrunnlag, og dermed til en viss grad fremme postoperativ smertelindring.

Men det må presiseres at det er begrenset hvor mye undervisningen kan fremme smertelindringen, ettersom smerte er et såpass personlig og sammensatt fenomen med store individuelle forskjeller. I tillegg må det poengteres at pasientene sannsynligvis vil møte ulike sykepleiere gjennom sitt kirurgiske forløp som kan ha innvirkning på smertebehandlingen. I litteraturstudien kommer det frem at sykepleierne benyttet smertekartleggingsverktøy i ulik grad, noe som kan ha påvirket behandlingen. Dette er et eksempel på en av flere faktorer som er uavhengig av pasientundervisningen, men som påvirker pasientens opplevde smerte

postoperativt. Ettersom flere ytre og indre faktorer kan påvirke smerteintensiteten kan det tenkes at det viktigste pasientene tar med seg fra undervisningen er den økte kunnskapen knyttet til postoperativ smertelindring, som blant annet kjennskap til smerteskalaen.

Strukturert og relevant informasjon til pasientene preoperativt kan både forberede og gi de metoder som kan benyttes i håndteringen av postoperative smerter. Kunnskap om blant annet medikamentelle tiltak, ikke-medikamentelle tiltak og viktigheten av å videreformidle smerter til helsepersonell kan trolig bidra til å sikre effektiv smertebehandling.

For å konkludere tilsier litteraturstudien at preoperativ pasientundervisning kan være nyttig for å øke pasientenes kunnskapsgrunnlag, og dermed til en viss grad fremme postoperativ smertelindring. I tillegg har ikke pasientundervisning vanligvis uønskede konsekvenser, og er med på å formidle kunnskap som pasienten kan være i behov for og eventuelt kan dra nytte av i den postoperative smertebehandlingen.

6.1 Implikasjoner for sykepleiepraksis

Det kan se ut som om dagens pasientundervisning er varierende og til tider ustrukturert (Blöndal et al., 2022). Litteraturstudien avdekker at pasientundervisningens form trolig har betydning for pasientenes nytteverdi, men sannsynligvis vil ikke en tilnærming passe alle. Imidlertid indikerer funn og teori at en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon, samt at et strukturert og planlagt opplegg kan være hensiktsmessig i sykepleiers utførelse av pasientundervisning (Andersson et al., 2015; Best et al., 2018; Gonella et al., 2021; O'Donnell, 2018). I litteraturstudien avdekkes det i tillegg at varierende smertekartlegging kan ha hatt negativ innvirkning på smertebehandlingen postoperativt (Anderson et al., 2015). Dette kan tyde på at sykepleiere må være bevisst i sin rolle i oppfølgingen og kartleggingen av postoperativ smertebehandling. Disse funnene kan ha betydning for sykepleiers utøvelse av pasientundervisning og postoperativ smertelindring i praksis.

7.0 Referanseliste

- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A. K. (2015). The importance of written and verbal information on pain treatment for patients undergoing surgical interventions. *Pain Management Nursing*, 16, 634-41. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(1), 96–101. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A., M., G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 310-379). Gyldendal.
- Best, J. T., Musgrave, B., Pratt, K., Hill, R., Evans, C., & Corbitt, D. (2018). The Impact of Scripted Pain Education on Patient Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(4), 453–460. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jopan.2016.02.014>
- Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadottir, B. (2022). Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing Open*, 9(5), 2495–2505. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/nop2.1270>
- Brataas, H. V., & Evensen, A. E. (2019). Modell for pasientundervisning. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 75-93). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal.
- De forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal

Gan, T. J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 10, 2287-2298.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626380/>

Gonella, S., Delfino, C., Rolfo, M., Rizzo, A., Esposito, V., Berchiolla, P., & Campagna, S. (2021). Effects of a Video-Based Preoperative Educational Intervention Plus Nurse-Led Reinforcement Discussion on Knowledge, Self-Efficacy, and Resilience in Patients Undergoing Major Surgery. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 753–761.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1054773820986916>

Gurusamy, K. S., Vaughan, J., & Davidson, B. R. (2014). Formal education of patients about to undergo laparoscopic cholecystectomy.. Cochrane Database of Systematic Reviews.

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009933.pub2>

Helsebiblioteket. (2022, 2. september). *Kunnskapsbasert praksis.no*.

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

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>

Helsebiblioteket. (2020, 27. november). *3.5 Søketechnikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-35-soketechnikker>

Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *4. Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet (2022, 12. oktober). *Kirurgi etter behandlingssted - somatikk*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/kirurgi-etter-behandlingssted-somatikk>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

IASP. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*.

<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie*. (2. utg., s. 180-191). Gyldendal.

McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003526.pub3/full>

Norum, M. E. K. & Brataas, H. V. (2019). Sykepleiepedagogikk i spesialisthelsetjenesten. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 177-194). Gyldendal.

Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 24. februar). *Postoperativ smertebehandling*.

https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.1/Postoperativ_smertebehandling

Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte – fenomen og etikk*. Gyldendal

O'Donnell, K. F. (2018). Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 956–963. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jopan.2017.11.001>

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

Regjeringen. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 326-335). Gyldendal.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Strand, K. & Nakstad, A. R. (2016). Pre-, per- og postoperativ behandling. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 575-590). Gyldendal.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2. utg.) Universitetsforlaget.

Thorsnes, S. L., Rønning, A. B. & Brataas, H. V. (2019). Pasientveiledning og yrkesfaglig veiledning. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 94-110). Gyldendal.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning – Sykepleiers pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 237- 258). Fagbokforlaget.

Vatne, S. (2019). Brukermedvirkning og involverende pedagogikk. I K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 43-53). Gyldendal.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 – PICO-skjema

	P - populasjon	I - interesse	O - utfall
MH Cinahl	Surgical patients	Preoperative education Patient education Preoperative care	Pain management Postoperative pain Pain Patient satisfaction
MeSH Medline (ovid)	Patients	Patient education as Topic Preoperative care	Pain, postoperative Pain management Patient satisfaction
Tekstord	Surgical patient*	Preoperative pain management education	

8.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Database og dato		Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl 23.03.2023	S1	(MH «Surgical patients»)		13,020	
	S2	(MH «Preoperative education»)		1,594	
	S3	(MH «Patient education»)		70,457	
	S4	(MH «Preoperative care»)		18,343	
	S5	(MH «Pain management»)		13,131	
	S6	(MH «Postoperative pain»)		20,730	

	S7	(MH «Pain»)		67,468	
	S8	(MH «Patient satisfaction»)		61,825	
	S9	S2 OR S3 OR S4		89,116	
	S10	S5 OR S6 OR S7 OR S8		155,544	
	S11	S1 AND S8 AND S9		299	
	S12	S1 AND S8 AND S9	2013-2023 Peer-reviewed	149	3 artikler (Gonella et al., 2021) (Andersson et al., 2015) (Aydal et al., 2023)

Database og dato		Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline (ovid) 23.03.2023	S1	«surgical patient*»		26,880	
	S2	(MH «Patient education as Topic»)		88,218	
	S3	(MH «Preoperative care»)		65,213	
	S4	(MH «Pain management»)		40,400	
	S5	(MH «Pain, postoperative»)		47,330	
	S6	(MH «Patient satisfaction»)		89,045	
	S8	S2 OR S3		151,934	
	S9	S4 OR S5 OR S6		169,118	
	S10	S1 AND S8 AND S9		143	
	S11	S1 AND S8 AND S9	2013-2023	50	1 artikkel (Blöndal et al., 2022)
	S12	«preoperative pain management education»		5	

	S13	S12 AND S8 AND S9	2013-2023	4	2 artikler (O'Donnell, 2018) og (Best et al., 2018)
--	-----	-------------------	-----------	---	---

Database og dato		Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Epistemonikos 24.03.2023	S1	«Surgical patients» AND «Patient education» OR «Preoperative education» AND «Pain management» OR «Postoperative pain»		205	
	S2	S1	2013-2023	137	

8.3 Vedlegg 3 - Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Studiedesign Metode	Utvalg/ populasjon	Resultat/ hovedfunn	Relevans	Kvalitetsvurdering Ethiske overveielser
O'Donnell, K. F. 2018 <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> USA	«Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project»	Hensikten med studien var å undersøke effekten av en preoperativ smertebehandling-pasientopplærings-intervensjon for å bedre pasientenes smertebehandling etter operasjon.	Kvantitativ metode Intervensjonsgruppe fikk strukturert opplæring (medisiner, bivirkninger, ikke-farmakologiske metoder, utilstrekkelig smertelindring), samt skriftlig materiell. Sammenligningsgruppen fikk generell opplæring fra varierende personell. Spørreundersøkelse på 1. postoperative besøk.	Elektiv laparoskopisk kolecystektomi. 99 på spørreskjema postoperativt. 61 i sammenligningsgruppen og 38 i intervensjonsgruppen. I alderen 18 og oppover. Størstedel mellom 31-50.	Konkluderer med at preoperativ pasientopplæring knyttet til postoperativ smertebehandling kan øke pasientenes kunnskap på sentrale områder av postoperativ smertebehandling for å forhindre negative utfall. Intervensjons-gruppe identifiserte bivirkninger og effekt av smerte på humør, anbefalt mer ikke-farmakologiske tiltak.	Studien er relevant fordi den ser på effekten av preoperativ pasient-undervisning på postoperativ smertelindring. Dette samsvarer godt med det denne oppgaven skal belyse.	Artikkelen er fagfelleverdert. Pasientene ble informert om at deltakelse var frivillig, anonymisert, og at teamet ville behandle pasienten likt uavhengig av deltakelse. Ble godkjent og gitt dispensasjon av universitetet i Texas helsevitenskapssenters vurderingsnemnd.
Best, J. T., Musgrave, B., Pratt, K., Hill, R., Evans, C., & Corbitt, D.	«The Impact of Scripted Pain Education on Patient	Hensikten med studien var å undersøke pasienttilfredsheten med strukturert	Kvantitativ metode En spørreundersøkelse til gruppen med og uten skriptbasert	Elektive abdominale inngrep. 100 pasienter deltok. 50 i intervensjons-	Konkluderer med at bruk av strukturert dialog sammen med skriftlig pasientopplæring har en positiv innvirkning på	Studien er relevant fordi den ser på effekten av strukturert preoperativ smerteopplæring	Artikkelen er fagfelleverdert. Pasientene ble informert om frivillig deltakelse og

2018 <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> USA	Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients»	preoperativ smertebehandlingsopplæring for pasienter som skulle gjennomgå abdominal kirurgi.	smerteopplæring sammenlignet pasientens oppfatning og tilfredshet med smertebehandlingsutdanning. Intervensjonsgruppe fikk skriptbasert smerteopplæring og sammenligningsgruppe fikk vanlig generell smerteopplæring.	gruppe og 50 i sammenligningsgruppe. I alderen 18 og oppover, størstedel mellom 27-60.	postoperativ pasienttilfredshet med smertebehandling. Men pasientene uttrykte behov for en mindre forhastet utdanning med tid til å forstå informasjon og stille spørsmål.	knyttet til pasientenes opplevelse av postoperativt, inkludert smertelindring. Dette samsvarer godt med det denne oppgaven skal belyse.	det ble innhentet samtykke. Det var kun sykepleiere som hadde utført opplæring for å kunne utføre prosjektet som deltok. Ble godkjent og gitt dispensasjon av sykehusets vurderingsnemnd.
Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A. K. 2015 <i>Pain Management Nursing</i> Sverige	«The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions»	Hensikten med studien var å undersøke betydningen av preoperativ informasjon om smertebehandling, og betydningen for måten smerte ble håndtert på i den postoperative fasen.	Kvalitativ metode Preoperativt fikk pasientene standard verbal informasjon, hvor annenhver i tillegg fikk skriftlig informasjon. Halvparten fikk kun muntlig, mens andre halvparten fikk både muntlig og skriftlig.	Total hofte- eller kneledds-plastikk. 18 deltakere, ni menn og ni kvinner mellom 46 og 82 år. Alle snakket svensk.	Konkluderer med at preoperativ informasjon om smertelindring la til rette for økt pasientdeltakelse, men ikke alle hadde lyst, styrke eller evne til å involvere seg. Deltakerne verdsatte en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon som ga de økt kunnskap og mulighet til å ta del i egen smertebehandling, dette hadde en viss innvirkning på den smertebehandlingen.	Studien er relevant fordi den ser på preoperativ pasientundervisning sin innvirkning på postoperativ smertebehandling. Sammenligner også pasientundervisningen s innhold: kun muntlig satt opp mot både muntlig og skriftlig.	Artikkelen er fagfellelvurdert. Studien er godkjent av Regional etikknemnd i Lund (nr. H15 2010/208). Pasientene ga skriftlig informert samtykke, og ble informert om frivillig deltagelse, konfidensielle svar, og at de kunne trekke seg uten å måtte gi en forklaring.

			Individuelle intervjuer på sykehuset 2/3. postoperative dag.				
Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadóttir, B. 2022 <i>Nursing Open</i> Island	«Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study»	Hensikten med studien var å undersøke elektive kirurgiske pasienters forventninger og erfaringer knyttet til pasientundervisning .	Kvantitativ metode Data ble innhentet ved hjelp av tre ulike spørreskjema postoperativt: et før utskriving, et 6 uker og et 6 måneder etter. Spørsmål omhandlet preoperativ og pre-utskrivningsundervisning, informasjonsskilder, nytten av informasjonen og om det var som forventet. Spørreundersøkelsen før utskriving omhandlet kun preoperativ undervisning.	Variierende elektive kirurgiske inngrep. Flest ortopediske og generelle. Over 18 år, gjennomsnittalder 64 år, alle islandsk. 697 deltakere svarte på minst et spørreskjema. 632 svarte før utskriving, 553 svarte etter 6 uker og 443 svarte etter 6 måneder.	Konkluderer med at pasientene oppfattet opplæringen som nyttig, men ønsket mer til etter utskriving. De forventet mer om komplikasjoner, smertebehandling, bivirkninger av legemidler, trøtthet, utholdenhet og forventet restitusjonstid. De fleste fikk generell varierende ansikt-til-ansikt og skriftlig undervisning.	Studien er relevant fordi den ser på pasienters erfaring med preoperativ og utskrivningsundervisning. Siden denne oppgaven vektlegger preoperativ undervisning, vil den preoperative delen av artikkelen være mest relevant. Som nevnt omhandlet spørreundersøkelsen før utskriving kun preoperativ undervisning.	Artikkelen er fagfelleverdert. Pasientene mottok muntlig og skriftlig informasjon om formålet, konfidensialitet og anonymitet for de signerte et samtykkeskjema. Studien er i samsvar med Helsinki-erklæringen ("World Medical Association Declaration of Helsinki," 2013). Studien ble godkjent av vurderingskomiteen og direktørene for de

							kirurgiske avdelingene ved begge sykehusene.
Gonella, S., Delfino, C., Rolfo, M., Rizzo, A., Esposito, V., Berchiolla, P., & Campagna, S. 2021 <i>Clinical Nursing Research</i> Italia	«Effects of a Video-Based Preoperative Educational Intervention Plus Nurse- Led Reinforcement Discussion on Knowledge, Self-Efficacy, and Resilience in Patients Undergoing Major Surgery»	Hensikten med studien var å undersøke effekten og gjennomførbarheten av video-basert preoperativ intervensjon kombinert med en-til-en sykepleierledet samtale hos pasienter som skulle gjennomgå større elektiv kirurgi. Undersøker pasient- og sykepleieroppfatningen av pasientens kunnskap, mestringstro og motstandskraft.	Kvantitativ metode Deltakerne så video og hadde en 20-minutters, en-til-en, sykepleierledet diskusjon med mål om å styrke kunnskap og mestringstro. Pasientene svarte på spørreskjema før innleggelse og etter intervensjon, og sykepleierne vurderte pasientene ved hjelp av en objektiv sjekkliste. Vurderingsskala fra 1-10.	Elektiv kirurgi på en onkologisk og generell avdeling. 88 gjennomførte, 80 deltakere inkludert. Gjennomsnittsalder 66 år, 60% kvinner.	Konkluderer med at den kombinerte intervensjonen var gjennomførbar og at pasientene opplevde økt kunnskap og mestringstro fra før-innleggelse sammenlignet med etter intervensjon. Sykepleieoppfatning stemte delvis med pasientenes. Pasientene rapporterte høy nytte av kombinert intervensjonen, med sykepleierledet diskusjon som viktigst. Ikke merkbar effekt på motstandsdyktighet.	Studien er relevant fordi den ser på effekten av kombinert video og sykepleierledet samtale preoperativt på kunnskap, mestringstro og motstandskraft, inkludert smertelindring. Studien presenterer relevant innhold knyttet til preoperativ undervisning, og kunnskap om smertelindring.	Artikkelen er fagfellevurdert. Den randomiserte kontrollerte studien og skjemaet for informert samtykke ble godkjent av den etiske komiteen. Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke.

<p>Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B.</p> <p>2023</p> <p><i>Journal of PeriAnesthesia Nursing.</i></p> <p>Tyrkia</p>	<p>«The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery»</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke effekten av preoperativt og postoperativt besøk og undervisning av operasjonssykepleier på angst og smerter postoperativt.</p>	<p>Kvantitativ metode</p> <p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>Intervensjonsgruppe fikk besøk og undervisning av operasjonssykepleier, og sammenligningsgruppe fikk undervisning av vanlig sykepleier. Operasjonssykepleier besøkte pasienten før, under og etter operasjonen, og ga opplæring på alle trinn.</p> <p>Data ble innhentet ved hjelp av VAS (visuell analog skala) og «State-Trait Anxiety Inventory».</p>	<p>Elektiv laparoskopisk kirurgi.</p> <p>135 deltakere. 72 i intervensjonsgruppe, 63 i sammenligningsgruppe.</p> <p>18-83 år</p>	<p>Konkluderer med at besøk og undervisning av operasjonssykepleiere kan være effektivt for å redusere det preoperative angstnivået hos pasientene. Men postoperativt var angst og smertesårene ganske like mellom de som mottok</p>	<p>Studien er relevant fordi den ser på effekten av preoperativt, samt senere, besøk og undervisning utført av operasjonssykepleier på pasientens angst og smerter postoperativt.</p> <p>Dette samsvarer godt med det oppgaven skal belyse.</p>	<p>Artikkelen er fagfelleverdert.</p> <p>Pasientene ble informert muntlig, og det ble innhentet muntlig og skriftlig samtykke på sengeposten. Alle deltok frivillig i studien og kunne trekke seg når som helst.</p> <p>Studien ble godkjent av Acibadem universitetet og den medisinske forskningsetiske komité.</p>
---	---	---	---	--	--	---	---