

Tine Lien, høgskolelektor Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Ingrid Hanssen, Professor Lovisenberg Diakonale Høgskole

Randi Andenæs, Førsteamanuensis Dr.philos  
Høgskolen i Oslo, Master i klinisk sykepleievitenskap

Mail to Tine Lien, [tine.lien@ldh.no](mailto:tine.lien@ldh.no)

## **”Mellom barken og veden.” Nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte**

### **ABSTRACT**

#### **”Between a rock and a hard place”. Newly graduated nurses` assessment of postoperative pain.**

Despite concerns about postoperative pain assessment and management, research demonstrate that many patients still suffer unnecessarily. Nurses` competence and knowledge are keys to successful pain relief.

In this qualitative study newly graduated nurses` 1) assessment of patients` post-operative pain, and 2) efforts to increase their personal professional knowledge are explored through two focus group interviews, each with six surgical unit nurses. Interviews were transcribed and analyzed according to Kvale`s methodology.

Factors such as multidisciplinary collaboration, routines for assessment of pain, environment, and adaptation of practical and theoretical knowledge, impacted greatly on how newly graduated nurses assessed and understood post operative pain. They found it challenging to communicate their perceptions of patients` post operative pain to members of the interdisciplinary team, particularly to surgeons. As they found that what they learned during

their nurses' training was inadequate on a specialized unit, they easily became part of its culture and routines.

Greater emphasis on interdisciplinary collaboration is necessary. Further shared perception of strategies for pain relief should be developed.

### **Key words**

English: Postoperative pain, newly graduated nurses, assessment, knowledge, context.

Norwegian: Postoperative smerter, nyutdannete sykepleiere, vurdering, kunnskap, kontekst.

### **BAKGRUNN**

En stor europeisk survey viser at Norge ligger på smertetoppen, og at hver tredje person plages av kroniske smerter (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Sterk ubehandlet smerte i den akutte postoperative fase er godt dokumentert risikofaktor for utvikling av kroniske smerter, og en av ti pasienter utvikler kronisk smerte etter kirurgi (Breivik & Stubhaug, 2008). International Association for the Study of Pain definerer smerte som: "En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade" (Merskey & Bogduk, 1994, s 210). Smerte anerkjennes dermed slik den blir beskrevet av individet uansett utgangspunkt for smerten og bekrefter den subjektive opplevelsen som gullstandard for smertevurdering.

Legene forordner ofte postoperative smertestillende som skal gis ved behov i henhold til den individuelle pasientens smerte. I følge *Forskrift for legemiddelhåndtering* (2008) har sykepleieren et delegert ansvar for å administrere forordnet medikament og å vurdere medikamentets virkning og bivirkninger. Utgangspunktet for administrasjon av medikament og dose er sykepleierens vurdering av smertens lokalisasjon og intensitet (Lauzon Clabo, 2007). I tillegg skal akutt smerte rutinemessig vurderes ut fra forhold som forverrer smerten,

samt tidligere behandling og behandlingens effekt (APS, 2005). Pasientens postoperative smertelindring avhenger dermed i stor grad av sykepleierens vurdering av smerte (Andersen, Greve-Isdahl, Meberg & Jylli, 2007). Samtidig gir sykepleiere i følge Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner & Gallop (2001) kun 47 prosent av ordinert dose ved postoperative smerter.

Til tross for de senere års forskning og utvikling innen postoperativ smertebehandling, viser studier fortsatt at pasienter opplever utilstrekkelig postoperativ smertelindring (Gunningberg & Idvall, 2007). En av årsakene er mangelfull vurdering av smertens intensitet (Ene, Nordberg, Bergh, Johansson & Sjøstrøm, 2008; Kim, Schwartz-Barkott, Tracy, Fortin & Sjøstrøm, 2005). Avdelingens rutiner og kultur har også stor betydning for den enkelte sykepleierens vurdering og håndtering av postoperativ smerte (Andersen et al., 2007; Lauzon Clabo, 2007; Manias, Bucknall & Botti, 2005). I en sammenlignende studie av sykepleierens smertevurdering på to kirurgiske avdelinger fant for eksempel Lauzon Clabo (2007) at det er vanskelig for en sykepleier å implementere ny kunnskap om denne kunnskapen ikke er i overensstemmelse med avdelingens etablerte kultur. Dessuten konkluderer de fleste internasjonale studier med at sykepleiere primært legger objektive tegn som stigning i puls og blodtrykk, eller pasienttypologi til grunn for sin vurdering av postoperative smerter (Ene et al., 2008; Gunningberg & Idvall, 2007; Kim et al., 2005; Sjøstrøm, Jakobsson & Haljemäe, 2000). Smertevurdering på dette grunnlag kan medføre undervurdering av smerten slik den oppleves av pasienten selv (Sjøstrøm, Haljamäe, Dahlgren & Lindstrøm, 1996).

En norsk studie av kunnskap og barrierer ved smertebehandling av nyfødte viser at sykepleiere vurderer yrkespraksis som en større kunnskapskilde enn sykepleierutdanningen og at sykepleierne har til dels stor tiltro til egen kompetanse på grunnlag av egen og kollegers erfaring (Andersen et al., 2007). Manias et al. (2005) fant dessuten gjennom feltobservasjon på en kirurgisk avdeling at fokus på praktiske prosedyrer og det at sykepleierne i stor grad

avbrøt og lot seg avbryte av kolleger og andre faggrupper, gikk ut over smertevurdering, smertelindring og vurdering av medikamentets effekt.

Når man vet at ca. 80 prosent av pasientene opplever moderate eller alvorlige postoperative smerter (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003), er det tankevekkende at sykepleierens undervurdering av pasientenes smerter øker parallelt med økende grad av opplevd smerte (Ene et al., 2008). Etersom studier viser at postoperativ smertelindring fortsatt er mangelfull, er det reist spørsmål hvorvidt dette temaet får tilstrekkelig oppmerksomhet i sykepleierutdanningen (Dihle, Bjølseth & Helseth, 2005; Watt-Watson et al., 2001).

Selv om enkelte studier viser at mindre erfarne sykepleiere i noe større grad enn erfarne gjør vurderinger som samsvarer med pasientens subjektive opplevelse (Sjøstrøm, 1995; Sjøstrøm et al., 1996), gir søk i CINAHL, MEDLINE, Pub-Med, EMBASE, PsycInfo, SveMed+ verken norske eller internasjonale studier knyttet til postoperativ smertevurdering eller smertebehandling med utgangspunkt i nyutdannede sykepleiere.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive forhold rundt nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte, inkludert tverrfaglig samarbeid, rutiner og videreutvikling av praktisk og teoretisk kunnskap relatert til postoperativ smertelindring. Benner (1984) hevder at to års erfaring etter endt bachelorutdanning representerer en klinisk kompetanseutvikling fra novise til avansert begyner og kanskje til og med til kompetanse som kompetent sykepleier. Dess mindre erfaring nyutdannede sykepleiere har, dess større er deres behov for kontekstfrie regler, prosedyrer og rutiner.

Studien har følgende problemstillinger:

- Hvordan vurderer nyutdannede sykepleiere postoperativ smerte?
- Hvilken innvirkning har avdelingens kultur og organisering på nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte?

## **DESIGN OG METODE**

Studien har et deskriptiv design med kvalitativ tilnærming med bruk av fokusgruppeintervjuer. Metodevalget begrunnes i studiens hensikt: å fremskaffe dybdekunnskap om nyutdannede sykepleiernes vurderinger knyttet til postoperativ smerte på en effektiv måte gjennom gruppedynamikkens rike tilførsel av data (Polit og Beck, 2004).

### **Utvalg og forskningsfelt**

Det ble foretatt et homogent utvalg av sykepleiere fra en kirurgisk avdeling med gastrologiske og urologiske voksne pasienter på et større sykehus på Østlandet. Inklusjonskriterium var at deltakerne hadde maksimum to års erfaring som sykepleier etter endt utdanning. Aktuelle sykepleiere ble plukket ut av avdelingssykepleier. I kvalitative utvalg legges det ofte vekt på felles erfaringer fremfor størrelsen på utvalget (Lorensen, 2003). Vi valgte derfor ut informanter som hadde sin erfaring fra samme kirurgiske enhet og som forholdt seg til en faglig kontekst med felles rutiner og organisering. Utvalget besto av 12 sykepleiere i alderen 22-36 år (gjennomsnittsalder 26 år) med gjennomsnittlig 1,3 års erfaring som sykepleier. Med ett unntak var alle informantene utdannet ved norske høyskoler. Sykepleierne hadde gjennomgått et seks måneders innføringskurs ved ansettelse.

### **Datainnsamling**

To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med tolv informanter tilfeldig fordelt i to grupper á seks personer ut fra anbefalt størrelse på fokusgrupper (Polit og Beck 2004). Intervjuene ble gjennomført med en ukes mellomrom på nøytralt sted utenfor avdelingen, og varte ca 90 minutter. Intervjuene ble ledet av en moderator ut fra en semistrukturert intervjuguide. Guiden bestod av tre hovedspørsmål med fokus på de nyutdannede sykepleieres vurdering av pasienter

med postoperativ smerte, vurderingens eventuelle konsekvens for valg av smertestillende metode, og til sist forhold i avdelingen som innvirker på sykepleierens håndtering av postoperativ smerte. Intervjuguiden og moderators rolle ble på forhånd validert gjennom to pilotintervjuer. Informantene var ikke informert om spørsmålene på forhånd. Moderator stilte oppklarende spørsmål underveis i intervjuet. Co-moderator var tilstede på begge intervjuer.

Det ble gjort elektroniske lydopptak og begge intervjuene ble transkribert ordrett.

### Analyse

Det transkriberte datamaterialet ble gjennomlest flere ganger og innledningsvis tematisk grovsortert. Datamaterialet ble først behandlet i henhold til Kvaales (1997) to metoder for meningsanalyse *fortetting* og *kategorisering* (jf. tabell I) ut fra en hermeneutisk forståelse gjennom en kontinuerlig vurdering av deler og helheten. Dataene ble deretter tolket gjennom Kvaales (1997) tre tolkningskontekster *selvforståelse*, *kritisk forståelse basert på sunn fornuft* og *teoretisk forståelse*.

<b>Meningsbærende enhet.</b>	<b>Fortetting</b>	<b>Kategorisering</b>
14) Ja, så prøver vi å høre på pasienten og se kliniske tegn på smerte. Og det ser vi på hvordan de beveger på seg. Pusten, se på ansiktsfargen og... Klart – det er ikke alltid så lett å vurdere. Og så er vi litt redd for å gi for mye også.	14) Vi prøver å høre på pasienten og se etter kliniske tegn på smerte. Hvordan de beveger seg. Pusten. Ansiktsfargen. Ikke alltid lett å vurdere. Vi er litt redd for å gi for mye.	14) Pasientens subjektive beskrivelse  Kliniske tegn.  Den nyutdannede sykepleierens kunnskap og erfaring

Tabell I: Eksempel på analyse av meningsbærende enhet.

### Forskningsetikk

Klinikkledelsen ved helseforetaket ga sitt samtykke til gjennomføring av studien som også var godkjent av NSD (referansenummer 19343). Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv

om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Før fokusgruppeintervjuene signerte samtlige informanter en samtykkeerklæring. Datamaterialet ble anonymisert i alle ledd, fra datasamling og analyse til skriftlig presentasjon. Indirekte personopplysninger og datamaterialet ble oppbevart i 1 år og deretter slettet i henhold til NSD` retningslinjer.

### **Metodekritiske betraktninger**

Studien baserer seg på hva sykepleierne forteller at de gjør. Observasjoner ville kunnet avsløre mulig diskrepans mellom hva sykepleiere sier og hva de faktisk gjør. I tillegg er dette en lokal studie med begrenset antall informanter. Til tross for disse begrensningene mener vi at funnene våre gir viktig informasjon om nyutdannede sykepleieres vurderinger omkring postoperativ smertebehandling.

### **FUNN**

Abstraksjon av kondenserte meningsenheter ga tre hovedkategorier knyttet til nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte (jf. tabell II). Hovedkategori 3, forhold i omgivelser av betydning for nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte (inkludert tre underkategorier), danner utgangspunkt for denne artikkelen.

<b>1) Fysiologiske tegn på smerter</b>	<b>2) Subjektiv beskrivelse av smerte</b>	<b>3) Forhold i omgivelsene</b>
a) Generelle fysiologiske tegn på smerte b) Symptomer knyttet til pasientgrupper		a) Tverrfaglig samarbeid b) Rutiner for vurdering c) Tilretteleggelse for utvikling av praktisk og teoretisk kunnskap

*Tabell II: Studiens hovedkategorier og underkategorier.*

## Tverrfaglig samarbeid

Sykepleierne opplevde at de ofte kom i konflikt med kirurger angående pasientenes smerte, illustrert ved følgende utsagn: ”Jeg syntes ofte man står mellom barken og veden. Du prøver å snakke pasientens sak, men så går det ikke inn fordi de har sin oppfatning”. I følge sykepleierne trodde flere kirurger at pasienter ikke hadde smerter etter visse inngrep. Spesielt vanskelig var det ved laparoskopiske inngrep, eller i situasjoner hvor en ikke kunne observere objektive smertetegn. Følgende uttalelse understreker dette: ”Det er også individuelt, for noen pasienter har ikke smerter. De som har smerter blir ikke tatt på alvor. Av oss blir de tatt på alvor, men vi får ikke hjelp videre”. En sykepleier ga uttrykk for sin opplevelse slik: ”Man føler seg inkompetent. Det er en forferdelig følelse”.

Daglige utfordringer i samarbeidet med enkelte kirurger kan illustreres med følgende utsagn:

Jeg syntes det vanskeligste ved postoperativ smertevurdering er samarbeidsproblemer mellom lege og sykepleier.... Det er litt slitsomt at du alltid må diskutere og argumentere og krangle deg til noe...Du føler at du gjør at pasientene blir liggende en dag lenger....Det er vi som står der 8 timer i løpet av en dag og ser at pasientene har det vondt og så får vi ikke lov til å gi smertestillende fordi de mener at man ikke skal ha så vondt. Det skjer daglig.

De beskrev det som en ’bøyg’ å skulle ta kontakt med flere av kirurgene, og de ønsket et samarbeid som muliggjorde diskusjoner. De nyutdannede sykepleierne opplevde god støtte fra og hadde stor tillit til smerteteam og anestesi: ”Jeg syntes det er veldig betryggende å ta kontakt og diskutere med dem. Jeg har ikke så mye erfaring selv. Vi får gode svar”. Samtidig fortalte sykepleierne at det kunne oppstå vanskelige situasjoner når smerteteamet hadde laget et opplegg for smertelindring som fungerte godt, som senere ble seponert av kirurgen fordi pasienten ikke lenger burde ha vondt. En sykepleier sa det slik:

Det er altfor dårlig samarbeid mellom kirurgene og smerteteam. Vi står i midten og skal ta den siste avgjørelsen om hva som skal gis. Jeg føler tradisjonen er at det ikke skal gis så mye smertestillende som det kanskje er behov for. Smerteteamet har vært inne hos pasienten og ordinert noe og så sier kirurgen: ”Nei, nei. Så mye skal de i hvert fall ikke ha”. Våre kirurger vil ha den pasientkontrollerte smertepumpa bort så fort så mulig og smerteteamet vil la ting ligge.



## **Rutiner for smertekartlegging**

De nyutdannede sykepleierne oppfattet avdelingens rutiner for smertevurdering forskjellig. Noen mente avdelingen hadde rutiner ved epidural- og pasientkontrollert smertelindring (PCA), mens en annen bemerket at ”rutine er kanskje å ta for hardt i”. Rutinene fulgte de opp på forskjellige måter: ”Ved epidural har vi et epiduralskjema og gå ut fra. Ved PCA er vi ikke så flinke til å bruke skjema med skala for smerter i ro og smerter i bevegelse”. I øvrige pasientsituasjoner hadde ikke avdelingen strukturert rutine for smertevurdering: ”Det er lite fastsatte rutiner på hvordan vi vurderer smerte. Det er egentlig opp til hver enkelt sykepleier. Hva man plukker opp”.

Sykepleierne beskrev varierende erfaringer med å bruke smertekartleggingsverktøy i pasientsituasjoner. En uttrykte det slik: ”Det er store variasjoner i hvordan de svarer på den skalaen. Noen svarer ti og så spretter de opp av sengen etterpå. Og så har du de motsatte som ligger på to-tre. Veldig forsiktig. Som gjerne ikke får nok.” Enkelte opplevde at Numerisk Rating Scale (NRS) var godt egnet for vurdering av smerte ved bevegelse og i ro, før mobilisering og for revurdering etter administrering av analgetika. Andre fortalte at de ikke brukte NRS ettersom de hadde erfart at flere pasienter ikke forstår kartleggingsverktøyet: ”Jeg bruker ikke den linjalen. Jeg syntes ofte jeg opplever at pasienten synes det er vanskelig å svare. Når jeg viser linjalen og forklarer blir det for mye for dem.”

Sykepleierne ga uttrykk for at de også observerte emosjonelle smerteuttrykk: ”Du kan se pasienter som har mer angst for smerte når det går lenger ut i forløpet.” Andre viktige områder for smertevurdering kan illustreres slik: ”Vi prøver å høre på pasienten og se kliniske tegn på smerte. Og det ser vi på hvordan de beveger på seg. Pusten, se på ansiktsfargen. Klart – det er ikke alltid så lett å vurdere.”

### **Tilretteleggelse av praktisk og teoretisk kunnskap**

Det følgende synes typisk for de nyutdannede sykepleiernes forståelse for postoperativ smertevurdering: ”Det går mye på pasientens subjektive oppfatning og hva pasienten gir uttrykk for. Det lærer vi i skolen.” På den annen side ble klinisk praksis beskrevet som ”alfa og omega” for læring.

Informantene beskrev den aktuelle avdelingen som spesialisert og med lange tradisjoner og rutiner for smertebehandling. De opplevde at den generelle kunnskapen om smerter og smertebehandling som de hadde med seg fra bachelorutdanningen ga liten faglig tyngde i møte med denne spesialiserte avdelingen: ”Vi går med sykepleier i fire uker og ser hvordan hun gjør det. Så er det sånn vi gjør det videre.” Det kan synes som om de nyutdannede forkastet skolekunnskapen og tilpasset seg avdelingens kultur uten særlige motforestillinger: ”Man vil veldig lett gå inn i den kulturen og tradisjonen som er i avdelingen, for man har ikke med seg noe fra tidligere.”

De nyutdannede sykepleierne opplevde god støtte fra erfarne kolleger: ”Jeg kan diskutere med andre kolleger hvis jeg føler meg usikker, eller hvis jeg trenger råd. Jeg rådfører meg med andre, det gjør jeg, ikke alltid, men noen ganger hvis jeg er usikker.” Samtidig savnet de dypere diskusjon og refleksjon rundt konkrete pasientsituasjoner: ”Jeg tenker vel egentlig på det å snakke sammen mer caserettet... Det blir akkurat i situasjonen. Pasienten ligger og har kjempevondt. Hva gjør jeg nå ... Gjør det slik og slik. Pling. Ferdig”.

Sykepleierne opplevde at de lærte av egne erfaringer: ”Hvordan gikk det når vi gjorde det og det? Ble det noe bedre?” Hverdagen viste imidlertid at det også var vanskelig å få kontinuitet i pasientomsorgen: ”Man har kanskje en pasient den ene dagen og resten av uken har man forskjellige andre pasienter.”

Informantene savnet også diskusjoner og faglig oppdatering: ”Smerter er absolutt noe vi kunne snakket mye mer om i avdelingen. Det er så sentralt hos oss. Hele tiden”. En sykepleier formulerte det slik i relasjon til samtalen i fokusgruppen:

Det er veldig ålreit å snakke om det. Jeg tenker vi burde gjort det mer på fagmøter for det er veldig mye tanker om smertebehandling. Veldig mye frustrasjoner. Og - forskjellig kunnskap og erfaringer.

Du får mye ut av slik idémyldring. Og å snakke om egne erfaringer... hvordan vi bruker forskjellige både medikamenter og annet.

Avdelingens midtrapport ble beskrevet som et fagmøte som blant annet har til hensikt å kunne ta opp fagdiskusjoner. Imidlertid opplevde de at den var preget av stadige forstyrrelser og avbrudd grunnet daglige aktiviteter, i tillegg til å være preget av et høyt støynivå: ”Ofte er det om å gjøre å komme seg fortest ut fra midtrapporten. Det kimer i klokker og kimer i klokker og kimer enda litt mer i klokker så du har ikke tid til å sitte og diskutere.”

## **DISKUSJON**

Funnene viser at tverrfaglig samarbeid, rutiner for smertekartlegging og tilretteleggelse av videre kunnskapsutvikling har stor innvirkning på hvordan nyutdannede sykepleiere vurderer og forstår postoperativ smerte.

### **Smertevurdering i relasjon til kunnskap og erfaring**

Ettersom de nyutdannede sykepleierne opplevde at mye av den generelle kunnskapen om smerte og smertevurdering de hadde med seg fra bachelorutdanningen ikke var tilstrekkelig relevant, fikk avdelingens kultur meget stor betydning for deres videre kunnskapsutvikling både praktisk og teoretisk. De vektla imidlertid sterkt en subjektiv vurdering av hver enkelt pasient som grunnlag for vurdering, slik de lærte i utdanningen. Samtidig mente de at mer erfaring ville øke deres vurderingsevne ytterligere. Dette står i noen grad i motsetning til tidligere studier som viser at mer erfarne sykepleiere gjerne vurderer ut fra typologi av

pasientgrupper og objektive tegn på smerte (Kim et al., 2005; Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson & Sjøstrøm, 2006; Sjøstrøm et al., 2000).

Sjøstrøm et al. (2000) påpeker at mer ideelt enn smertevurdering relatert til generelle tegn på smerte, er å kople den individuelle pasientens opplevelser med sykepleierens generelle erfaring. I følge Richards & Hubbert (2007) er det også viktig å legge til rette for et miljø hvor sykepleierne utvikler kunnskap gjennom å dele erfaringer. Nyutdannete sykepleiere kan utdype sine kunnskaper gjennom å reflektere over pasienterfaringer sammen med mer erfarne sykepleiere, noe som vil tjene til økt innsikt for begge parter. Midtrapporten kunne vært en viktig arena for slike fagutvekslinger. Stadige forstyrrelser medvirket imidlertid til at den ikke alltid fungerer slik som tenkt. Det kan synes problematisk at et av de få faglige diskusjonsforaene sykepleierne har, har en såpass løs struktur at det ikke blir tilstrekkelig rom for de faglige drøftingene. At stress og forstyrrelser utgjør barrierer for utvikling av sykepleierens kliniske kompetanse, er i samsvar med tidligere studier (Bucknall, Manias & Botti, 2007; Benner, 1984).

Sykepleierne i vårt datamateriale hadde begynt sin yrkeskarriere på spesialiserte avdelinger og opplevde at de manglet relevant kunnskap og erfaring. Funnene tyder på at de raskt tilpasset seg avdelingens kultur for smertevurdering og beskrev praksis som den virkelige læringsarenaen. Sykepleiepraksis er dypt kulturelt forankret i avdelingen gjennom at ”slik gjør vi det her” (Lauzon Clabo, 2007). Samtidig ligger det en fare i ensidig å tilpasse seg praksis dersom kulturen de går inn i er lite åpen for andre måter å tenke og handle på. I en tidligere studie fremgår det at sykepleiere opplever et konformitetspress for å tilpasse seg de rådende normene for smertehåndtering (Nash et al., 1999).

I følge *Retningslinjer for smertebehandling i Norge* (2004) har pasienter krav på adekvat vurdering og regelmessige revurderinger. Standard for smertevurdering er utarbeidet for å sikre at pasientens smerte blir oppdaget, dokumentert og lindret øyeblikkelig (APS,

2005). Skal man tro Benner (1984), knyttes nyutdannede sykepleieres kompetanse i stor grad til rutiner og kontekstfrie pasientsituasjoner. Klare retningslinjer skaper da trygghet ved avgjørelser i kliniske situasjoner. Men, ettersom opplevelsen av postoperative smerter er svært individuell, er ikke kontekstfrie rutiner alltid tilstrekkelig for å møte pasientens behov. Når så det i tillegg syntes å herske uklarhet omkring rutinene for smertevurdering, gjorde sykepleierne i vårt utvalg sine vurderinger ut fra hva de hadde 'plukket opp' gjennom egne erfaringer og gjennom observasjon av mer erfarne sykepleiere.

Den erfaringsbaserte kunnskapen utgjør bare én av komponentene i kunnskapsbasert praksis. I tillegg kommer pasientens opplevelser og preferanser, samt forskningsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). I en amerikansk studie om sammenhengen mellom utdanning og erfaring og sykepleieres holdninger vedrørende smertebehandling, viser Young, Horton & Davidhizar (2006) at erfaring alene ikke er tilstrekkelig for å endre holdninger og kvalitetssikre sykepleierens vurdering. Disse forskerne fant at sykepleiere med utdanning fra universitet og med mest kunnskap gjorde en noe bedre smertevurdering enn de collegeutdannede. Det er imidlertid vanskelig å overføre disse funnene til norske forhold. Data fra norske sykepleiere, innhentet tre år etter studieslutt, viser imidlertid at de gjennomgående føler at de i stor grad mestrer de metodiske sidene ved arbeidet, at de har god teoretisk forståelse og at de føler seg trygge i sin yrkesrolle (Frøseth & Caspersen, 2008). Erfaring bidrar således til større trygghet relatert til egne valg ved håndtering av kliniske situasjoner (Bucknall et al., 2007). Et interessant spørsmål er imidlertid om mer erfaring nødvendigvis fører til større kunnskap og reell kompetanse.

### **Tilretteleggelse av praksis og tverrfaglig samarbeid**

De nyutdannede sykepleierne opplevde sine tverrfaglige samarbeidspartnere både som ressurser og barrierer for vurdering av pasientens postoperativ smerte. Samarbeid med kirurger ble beskrevet som den største utfordringen.

Tverrfaglig samarbeid som barriere for postoperativ smertelindring er bare i mindre grad belyst tidligere, men bl.a. Ene et al. (2008) hevder at tverrfaglig samarbeid er en større utfordring for optimal smertelindring enn mangel på kunnskap. I så måte hevder Breivik & Stubhaug (2008) at det hersker en utbredt misoppfatning blant kirurger og annet helsepersonell når det gjelder postoperative smerter varighet og intensitet etter kirurgi, og at slike misoppfatninger utgjør en barriere for postoperativ smertelindring. Vår studies sykepleiere mente at samarbeidsproblemene skyldtes kirurgenes forforståelse av pasientens smerter, som i stor grad var knyttet til type kirurgi, antall postoperative døgn og objektive smertetegn. Denne forståelsen opplevde sykepleierne som inkongruent med deres egne vurderinger, som i stor grad var basert på pasientenes subjektive opplevelser gjennom nærhet i pasientsituasjonen. Felles smerteforståelse og felles mål for smertebehandlingen med utgangspunkt i pasientens subjektive beskrivelse betraktes som vesentlige faktorer for optimal smertelindring (Ene et al., 2008; Manias et al., 2005).

For sykepleierne representerte smerteteam og anestesi en ressurs for postoperativ smertevurdering. Samtidig bidro det til en følelse av å stå 'mellom barken og veden' når kirurgen var den som tok avgjørelser og kunne seponere smertestillende behandling iverksatt av smerteteamet. I følge Rawal (2005) sikres god postoperativ smertebehandling bare gjennom et tverrfaglig smerteteam. Samtidig fant Dahl et al. (2003) at innføring av smerteteam ikke bedret pasientens resultat av smertebehandlingen. At det er ulik forståelse av pasientens smerter blant det tverrfaglige teamets medlemmer, understrekes også av Breivik & Stubhaug (2008, p. 234) som mener det er "Still a long way to go" for optimal postoperativ smertelindring.

Sykepleierne opplevde i stor grad å være pasientens talspersoner i det tverrfaglige team, noe som underbygges av Manias, Bucknall & Botti (2002). De fant at sykepleierne opplever å opptre som pasientens advokat overfor legen. Våre sykepleiere opplevde at måten de formidlet smertevurderingen til kirurgen på hadde betydning for pasientens videre smertebehandling. Forskning viser at god kommunikasjon mellom involverte fagpersoner er en viktig faktor for å oppnå optimal smertelindring (Ene et al., 2008) og at kirurgene forordner smertebehandling på bakgrunn av sykepleierens vurdering. Manias et al. (2002) fant imidlertid at sykepleierens beslutninger var påvirket av konkurrerende krav fra andre sykepleiere, fra leger og fra pasienter. Det er derfor ikke å undres over at våre nyutdannede sykepleiere hadde behov for bekreftelse av sine vurderinger ettersom de med sin begrensede kunnskap og erfaring oppleve utrygghet relatert til egne valg i kliniske situasjoner (Bucknall et al., 2007). I så måte opplevde våre informanter å få god støtte av smerteteamets medlemmer, og de hadde tillit til dette teamets kompetanse.

En likeverdig kommunikasjon kan stimulere til bedre samarbeid og åpne for gjensidig kunnskapsformidling (Ene et al., 2008; Manias et al., 2005). Vi anser at en trygg dialog med kirurgen kan styrke nyutdannede sykepleieres rolle og innflytelse på det tverrfaglige team, og innvirke positivt på pasientenes smertelindring.

## **KONKLUSJON**

Studien viser at nyutdannede sykepleierne videreutvikler sin kunnskap både gjennom erfaringslæring, observasjon av andre sykepleiere og gjennom å rådføre seg med kolleger i konkrete pasientsituasjoner. En travel hverdag synes å forstyrre planlagte fagdiskusjoner og refleksjon i de enkelte kliniske situasjonene. Resultatet er at kunnskapsaspektet i kompetanseutviklingen kan lide, og at de tilpasser seg avdelingens kultur og rutiner uten å stille de kritiske spørsmål som er så nødvendig for at fagutvikling skal kunne skje.

I følge Plaisance & Logan (2006) er sykepleierens kompetanse og kunnskap nøkkelen til vellykket smertelindring. For klinikken er det en utfordring å legge forholdene til rette slik at nyutdannede sykepleieres kan utvikle sin kompetanse og kliniske praksis relatert til postoperativ smertebehandling, og at det etableres retningslinjer for smertevurdering som det er tverrfaglig enighet om. Det synes å være behov for å styrke det tverrfaglige samarbeidet og bedre kommunikasjonen mellom de forskjellige yrkesgruppene slik at en kan oppnå felles forståelse og gjensidig respekt, og dermed sørge for effektiv postoperativ smertelindring.

## REFERANSELISTE

APS (2005). Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain

Management, *Archives of Internal Medicine*, 165(14), 1574-1580.

Andersen, RD., Greve-Isdahl, M., Meberg, A. & Jylli, M. (2007). Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertelindring av nyfødte. *Vård i Norden*, 83, 27(1), 22-26.

Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S. & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97, 534-540.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. California: Addison Wesley Publishing Company.

Botti, M., Bucknall, T. & Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 257-263.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.



- Breivik, H. & Stubhaug, A. (2008). Management of acute postoperative pain: Still a long way to go! *Pain*, 137(2), 233-234.
- Bucknall, T., Manias, E. & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *Clinical Journal of Pain*, 23(1), 1-7.
- Dahl, J.L., Gordon, D., Ward, S., Skemp, M., Wochos, S. & Schurr, M. (2003). Institutionalizing pain management: The postoperative pain management quality improvement project. *Journal of Pain*, 4, 361-371.
- Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S. (2005). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, (4), 469-479.
- Ene, K.W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F.G. og Sjøstrøm, B. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2042-2050.
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008). Sosial og helsedirektoratet.
- Frøseth, M.W. og Caspersen, J. (2008) *Tilbakeblikk på utdanninga – Yrkesaktivitet, mestring av yrke, oppfølging i arbeidslivet og vurdering av utdanninga*. HiO-notat 2008 nr 2, Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Gunningberg, L. & Idvall, E. (2007). The Quality of postoperative pain management from the perspective of the patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 756-66.

- Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S.M., Fortin, J.D. & Sjøstrøm, B. (2005). Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, 6(1), 3-9.
- Klopper, H., Andersson, H., Minkkinen, M., Ohlsson, C. & Sjøstrøm, B., (2006). Strategies in assessing post operative pain – A South African study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 12-21.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauzon Clabo, L.M. (2007). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 531-539.
- Lorensen, M. (2003). Et historisk perspektiv på vidensudvikling, sygepleiens genstandsfelt og forskningsmetoder i sygeplejen. I: Lorensen, M., Hounsgaard, L. & Østergaard-Nielsen, G. (Ed.), *Forskning i klinisk sygepleje 2 – Metoder og Vidensudvikling*. Danmark: Akademisk Forlag A/S.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.
- Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M. (2005). Nurses strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Forlag.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press
- Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fentiman, B., Dewar, A., McDowell, J., Clark, R. (1999). Pain and the administration of analgesia: what nurses say. *Journal of Clinical Nursing*, March; 8 (2): 180-9.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, LM. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Plaisance, L. & Logan, C. (2006). Nursing Students' Knowledge and Attitudes Regarding Pain. *Pain Management Nursing*. 7(4), 167-175.
- Polit, DF. & Beck, CT.(2004) *Nursing research. Principles and Methods*. Philadelphia USA: Lippincott
- Rawal, N. (2005). Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service *Anesthesiology Clinics of North America*, 23(1), 211-225.
- Retningslinjer for smertebehandling i Norge. (2004). *Den norske legeforening*.
- Richards, J. & Hubbert, A. (2007). Experience of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24.
- Sjøstrøm, B. (1995). *Assessing Acute Postoperative Pain: Assessment Strategies and Quality in Relation to Clinical Experience and Professional Role*. Gøteborg: Vasastadens bokbinderi AB.
- Sjøstrøm, B., Haljamae, H., Dahlgren, L.O. & Lindstrøm, B. (1996). Assessment of postoperativ pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 41, 339-444.
- Sjøstrøm, B., Jakobsson, E.& Haljamae, H. (2000). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 273-282.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-545.

Young, J., Horton, F. & Davidhizar, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 412-421.