



Bacheloroppgave

Sykepleierens rolle og ansvar innen postoperativ smertelindring på
ortopedisk sengepost

Kandidatnummer: 1111 & 1070

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 10150

Innleveringsfrist: 19.03.2021

Sammendrag

Bakgrunn: Postoperativ smerte er underbehandlet, og smerte virker negativt på pasienters rehabilitering. Ortopediske pasienter opplever ofte sterke postoperative smerter og medfølgende forhindret mobilisering.

Problemstilling: *«Hvordan kan sykepleieren bidra til god smertelindring postoperativt hos ortopediske pasienter?»*

Metode: Litteraturstudie. Forskningsartikler er funnet med strukturerte søk i databasene CINAHL og Epistemonikos.

Resultater: Fra inkludert forskning fremheves tre tema/faktorer som påvirker sykepleierens handlinger og resultater innen postoperativ smertelindring. Kunnskap om smerte og smertelindring har betydning for pasienters smerteskår, og kurs for sykepleiere om disse temaene bedrer smertelindring. Noen Sykepleiere hadde negative holdninger til pasienters smerte som blant annet mistillit til pasienters rapporterte smerteskår, og så ofte på det som normalt med litt smerter postoperativt. I kommunikasjon ga pasienter ofte indirekte uttrykk for smerter med nonverbale tegn, og dersom sykepleier ikke oppfattet disse eller spurte direkte ble ikke smertene oppdaget.

Konklusjon: Kunnskap, Holdninger og Kommunikasjonsferdigheter hadde en stor betydning for kvaliteten på sykepleiers smertelindrende tiltak. Opplæring for å øke sykepleieres kunnskap bør gis ettersom dette bedrer smertelindringsevne. Sykepleier har selv et ansvar for å være oppmerksomme på hvordan deres holdninger påvirker pasienters smerte, og bør ha tillit til at pasienten kjenner egen smerte best. Sykepleier bør kommunisere direkte, og har ansvar for å skape samtaler hvor pasienten kan fortelle om smerter.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
2.0	TEORI.....	3
2.1	Smerte.....	3
2.2	Postoperativ sykepleie.....	7
2.3	Travelbee.....	9
2.4	Etiske prinsipper.....	10
3.0	METODE.....	11
3.1	Søkeprosessen.....	11
3.2	Kildekritikk.....	12
3.3	Etiske overveielser.....	14
4.0	RESULTAT.....	15
4.1	Sykepleierens kunnskap.....	16
4.2	Sykepleierens holdninger.....	17
4.3	Sykepleierens kommunikasjon.....	18
5.0	DRØFTING.....	19
5.1	Sykepleierens kunnskap.....	19
5.2	Sykepleierens holdninger.....	23
5.3	Sykepleierens kommunikasjon.....	25
5.4	Metodedrøfting.....	28
6.0	OPPSUMMERING.....	30
	KILDEHENVISNING.....	32

1.0 INNLEDNING

Til tross for forbedring innenfor smertebehandling de siste 20-30 årene, er fortsatt et stort antall alvorlige smertetilfeller under- og feildiagnostisert (Bach et al., 2018; Danielsen et al., 2020, s. 388). Slike smerter som ikke er blitt oppdaget av sykepleier, kan heller ikke behandles riktig. Feil- eller underbehandlede smerter er både psykisk og fysisk belastende for den postoperative pasienten, og påvirker rehabiliteringen negativt (Strand & Nakstad, 2017, s. 588). Dette stemmer overens med egen erfaring på ortopedisk poliklinikk, der pasienter ofte oppga smerter som største hinder for daglig funksjon.

Sykepleieren har en sentral rolle med mye ansvar for pasienters smertelindring (Danielsen et al., 2020, s. 382-383), spesielt i møte med nyopererte ortopediske pasienter som bør mobiliseres tidlig og ofte er preget av store smerter. Arbeidsoppgavene sykepleier har på sengepost, som datasamling, observasjoner, administrering av legemidler og iverksetting av ikke-medikamentelle tiltak, påvirker direkte eller indirekte hvordan smertelindringen gjennomføres (Berntzen et al., 2020, s. 345; Braut, 2019). Dette medfører at individuelle forskjeller i sykepleiers kunnskap, holdninger og ferdigheter kan ha konsekvenser for pasienters smertelindring. Ettersom sykepleieren har innflytelse på gjennomføringen av smertelindring er det interessant for oss å belyse hva som påvirker sykepleiers arbeidsutførelse og hva som kan gjøres for å forbedre denne.

1.1 Problemstilling.

«Hvordan kan sykepleieren bidra til god smertelindring postoperativt hos ortopediske pasienter?»

Denne problemstillingen åpner for fordypning innen fagområdet postoperativ smertelindring og gir mulighet til drøfting av hvordan sykepleiers varierende kunnskaper, holdninger og ferdigheter påvirker pasienters opplevelse av smertelindring. Videre avgrensning av problemstillingen er gjort på bakgrunn av at en stor mengde pasienter opplever utilstrekkelig postoperativ smertelindring, og at særlig disse smertene kan føre til komplikasjoner som utvikling av langvarige smerter (Berntzen et al., 2020, s. 361). Smerte defineres som «En ubehagelig

sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller mulig vevsødeleggelse.» av International Association for Study of Pain (ISAP), og spesifiseres å alltid være subjektiv (Danielsen et al., 2020, s. 383).

Egenerfaring med ortopediske pasienter gjorde oss nysgjerrige på om disse pasientene er spesielt utsatt for smerter etter kirurgi, ettersom det ofte innebærer omfattende vevstraume. At denne pasientgruppen er utsatt for sterke smerter som i stor grad hemmer mobilisering, bekreftes av faglitteraturen (Grønsløth et al., 2017, s. 176). Dette fører til et økt behov for god smertelindring, og er bakgrunn for oppgavens fokus på ortopediske pasienter. Ettersom vårt søkelys i stor grad er på egenskaper som kunnskap, holdninger og ferdigheter hos sykepleieren vil oppgaven hyppig benytte forskning som omhandler andre pasienter enn ortopediske. Disse vurderingene vil forklares grundigere i metode og resultatkapitlet.

Hensikten med oppgaven er altså å belyse sykepleierens rolle innenfor postoperativ smertelindring, og hvordan sykepleieren kan bidra til god smertelindring. For å gjøre dette presenteres først aktuell teori om smerte, lindring og sykepleiers rolle, samt deler av Travelbees teori om sykepleie, og andre aktuelle begreper i oppgavens teorikapittel. I teorikapitlet forklares også noen etiske prinsipper og lover som er aktuelle ved smertelindring på sengepost.

Etter dette beskrives oppgavens metode for innsamling av aktuell forskning med redegjørelse av søkeprosess, kildekritikk og etiske overveielser. Videre, i resultatkapitlet presenteres forskningsresultatene ut fra tre tema som kom frem i inkluderte forskningsartikler. Disse temaene følger videre til oppgavens drøftingskapittel hvor betydningen av disse resultatene for sykepleiers arbeid med postoperativ smertelindring diskuteres, og hvordan sykepleier kan forbedre smertelindring på sengepost utdypes. Kapitlet avsluttes med drøfting av oppgavens metode der svakheter og utfordringer beskrives. Til sist gis en kort oppsummering av innhold og konklusjon.

2.0 TEORI

Teorikapittelet gjør rede for sentrale begreper og teori som ligger til grunn for oppgavens tematikk. Begrepene som blir benyttet i denne delen av oppgaven spiller en sentral rolle i forståelsen av problemstillingen og tema. Kapittelet er delt opp i fire underkapitler, hvor det første kapittelet beskriver begrepet og fenomenet smerte ettersom dette er et overordnet begrep. Herunder hva som påvirker smerteopplevelsen, og hvordan sykepleieren arbeider med kartlegging og behandling av postoperative smerter. Det andre underkapittelet har fokus på generell postoperativ sykepleie, og hvilke arbeidsoppgaver og utfordringer som sykepleieren møter på sengepost. Deretter presenteres deler av Travelbees sykepleierteori, som fungerer som vårt sykepleieteoretiske rammeverk. Til sist legges det frem noen etiske prinsipper som spiller inn på sykepleiers praksis innen postoperativ smertelindring.

2.1 Smerte.

Ifølge International Association for Study of Pain (ISAP) er smerte en subjektiv, ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktisk eller mulig vevsødeleggelse. Mange faktorer spiller inn på en pasients opplevelse av smerte, blant annet biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Raja et al., 2020). Den norske legeforeningen påpeker at også kulturelle aspekter spiller inn (Danielsen et al., 2020, s. 383).

Det finnes mange typer smerte, og en skiller ofte mellom akutte og langvarige smerter. Akutte smerter går raskt over når årsak blir behandlet, mens langvarige smerter varer over 3 måneder og opptrer vanligvis daglig. En kan dele inn smerter i tre typer, nociseptive-, nevropatiske-, og idiopatiske smerter. Oppgaven handler hovedsakelig om nociseptive smerter og andre typer smerte forklares derfor ikke nærmere. Nociseptive smerter kommer av stimulering av smertereseptorer (nocireseptorer) grunnet vevsødeleggelse eller stimuli som kan føre til vevsødeleggelse. Vevsødeleggelse kan komme av akutte skader som brudd og kirurgi, mens iskemi er et eksempel på en prosess som kan føre til vevsskade. Nociseptive smerter kan igjen deles inn i Somatiske smerter, som kommer av skade på hud, skjelettmuskulatur, bindevev,

knokler og ledd, og Viscerale smerter, som kommer fra indre organer og hinnene som dekker de (Danielsen et al., 2020, s. 384).

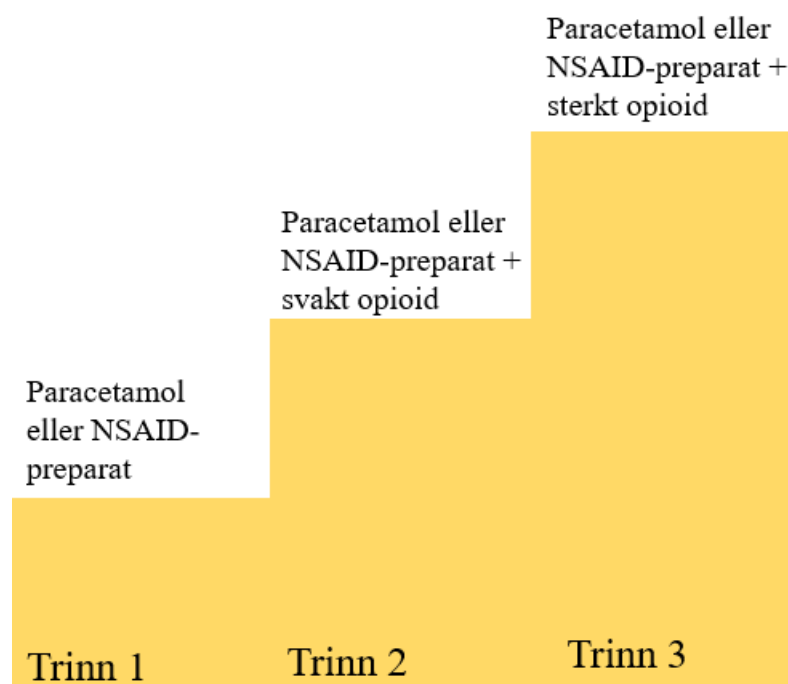
Som nevnt er smerteopplevelsen en individuell opplevelse med mange aspekter. Det er derfor nødvendig at sykepleier også har kunnskap om smerte som fenomen. Det holder ikke for sykepleier å forstå hvor og hvorfor pasienten opplever smerte, men hva smerten innebærer for den syke, og på hvilken måte de opplever smerten (Nortvedt & Nortvedt, 2003, s. 54).

Sykepleieren har en sentral oppgave når det kommer til både kartlegging og vurdering av pasientens smerter, og det er avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring (Danielsen et al., 2020, s. 388). Sykepleier og pasient vil ideelt samarbeide for å finne informasjon om kvalitet, intensitet og lokalisasjon av smerten, noe som krever gjensidig tillitt mellom pleier og pasient. Helsepersonell må stole på pasientens smerteopplevelse mens pasient må stole på sykepleier og leges ønske om å hjelpe (Nortvedt & Nortvedt, 2003, s. 57). Dette samarbeide vil også hjelpe pasient med å forstå hvilke forhold som bedrer og forverrer eventuelle smerter.

Evner pasient å kommunisere smerten verbalt, er det flere kartleggingsverktøy sykepleier kan anvende for å finne nødvendig informasjon om smerten. Kjente verktøy er VAS (Visual analog skala), Visuell Numerisk skala (Numeric Rating Scale, NRS), og Ansiktsskala (Faces pain scale, FPS). Disse er brukervennlige, men det er fortsatt sykepleiers oppgave å forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen og hensikt med skalaen (Danielsen et al., 2020, s. 390-391). Det er pasientens egne beskrivelser av smertene som er den viktigste indikatoren, men det kan også være at pasienten viser tegn til smerter gjennom ikke-verbal atferd. Erfaring og kunnskap om smerter og underliggende sykdommer vil være sentrale for at sykepleier skal kunne tolke både fysiologiske tegn og atferdsmessige reaksjoner til smerte.

Å angripe smerten fra flere hold er en god måte å oppnå best mulig effekt, med færrest mulig bivirkninger. Dette kalles multimodal smertelindring og er i dag standardbehandling hos pasienter som har gjennomgått kirurgiske inngrep (Berntzen et al., 2020, s. 361). Lette til moderate smerter kan fint behandles uten legemidler, men dersom smertene øker, kan det være nødvendig i å benytte seg av ulike analgetikum (Slørdal, 2018, s. 326).

Den individuelle smertebehandlingen er sterkt vektlagt i legemiddelbehandlingen. Smerter skal vurderes nøye, registreres og behandles hos den enkelte pasient. Dette spiller sammen med evaluering og endring av behandling en viktig rolle når smertelindringen skal tilpasses (Danielsen et al., 2020, s. 395). Denne individuelle smertebehandlingen varierer i valg av legemiddel, administrasjonsform, dosering og doseringsintervaller. Nociseptive smerter blir behandlet i henhold til smertetrappen, som baserer seg på smertens intensitet (figur 1). Ifølge denne er trinn 1 bruk av ikke-opioid analgetika (Paracetamol, NSAID-preparat), trinn 2 er svake opioider (Kodein eller Tramadol) i tillegg til Paracetamol eller NSAID, og trinn 3 er en kombinasjon av Paracet eller NSAID samt et sterkt opioid (Morfin eller liknende) (Slørdal, 2018, s. 327).



Figur 1: WHO's smertetrapp (Slørdal, 2018, s. 327).

Paracetamol og NSAIDS (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) benyttes ved svake til moderat sterke smerter, og i kombinasjon med opioider. Bruken av ikke-opioider analgetika reduserer behovet for opioider, og dermed de negative effektene (Danielsen et al., 2020, s. 396). Ved utilfredsstillende effekt ved ikke-opioider kombinerer man de da svake eller sterke opioider som vist i smertetrappen (Slørdal, 2018).

De vanlige svake opioidene i Norge er Kodein, Dekstropropoxyfen og Tramadol. Kodein og Tramadol er kjente kombinasjonspreparater, og brukes sjeldent alene (Danielsen et al., 2020). Morfin og Fentanyl og Metadon er eksempler på sterke opioider, og ved kirurgi vil det ofte være nødvendig med sterke opioider for å oppnå tilstrekkelig smertelindring tidlig i det postoperative forløpet. Alle svake opioider har tilnærmet lik effekt, og medfører en risiko for avhengighet dersom behandlingen er mer en 2-4 uker (Danielsen et al., 2020). Opioider har både hemmende og stimulerende effekter. Respirasjonshemninger, hemmet hosterefleks og søvn er eksempler på hemmende, mens stimulerende effekter kan være kvalme og oppkast. Dette er eksempler på vanlige bivirkninger (Slørdal, 2018).

Lokalvirkende medikamentelle behandlingsmåter som epidural smertelindring og nerveblokk er også vanlige i ortopedisk sammenheng. Bruken av disse reduserer bruken av opioider med systematisk effekt, og dermed også bivirkningene som følger med. Epidural smertelindring har bedre effekt enn smertelindring som gis per os (gjennom munnen) eller parenteral (injeksjoner), og har også en høy pasient-tilfredshet. Sykepleiere som administrerer epidural smertelindring og nerveblokk må være fortrolig med både utstyr og legemidler. Konsekvensene dersom noe går galt med disse behandlingsmåtene kan være alvorlige, og å kunne gjenkjenne bivirkninger og komplikasjoner er derfor viktig kunnskap for sykepleier på sengepost (Danielsen et al., 2020, s. 407-408).

Smerter kan også i mange tilfeller behandles uten legemidler, og mange ikke-medikamentelle metoder som benyttes har godt dokumentert effekt. Det benyttes også andre metoder som erfaringsmessig har en lindrende effekt, men bare med delvis støtte fra forskningsresultater. Kognitiv atferdsterapi og avspenning er blant metodene som har godt dokumentert effekt, mens massasje, akupunktur og fysioterapi med TENS (transkutan nervestimulering) er blant de vanligste (Danielsen et al., 2020, s. 391-392). Andre former for ikke-medikamentell behandling er varme og kulde, avledningsterapi, og sensorisk stimulering.

Hjernen greier ikke å konsentrere seg fullt om flere ting på en gang, og det er dette som er bakgrunnen for avledningsterapi. Ettersom sterke impulser på en måte konkurrerer om plassen, kan et hyggelig besøk, eller en samtale gjøre at en ikke har det så vondt lenger. Derimot vil

smertene returnere når en blir alene, og noe annet ikke lenger fanger oppmerksomheten. Dette medfører ikke et redusert lindringsbehov i etterkant (Danielsen et al., 2020, s. 393).

Virkingen av avledningsterapien avhenger av om pasienten faktisk er i stand til å tenke på noe annet enn det som gjør vondt. Jo sterkere smerten er, jo vanskeligere er det å konkurrere om oppmerksomheten. Den norske legeforeningen presiserer også at det er viktig at konsentrasjonen er avslappet og ikke prestasjonspreget (legeforeningen, 2009). Både avledningen og avslappingen vil virke lindrende på kroppen, det finnes mange måter å lære avledningsterapi, men instruksjoner fra sykepleierne, videoer eller å prøve å feile på egenhånd er alle vanlige måter (Danielsen et al., 2020, s. 394).

2.2 Postoperativ sykepleie.

Den postoperative fasen av sykepleie handler om tiden rett etter et kirurgisk inngrep, og pasienten har behov for spesiell overvåkning (Berntzen et al., 2020, s. 310). Etter kirurgiske inngrep er pasienter utsatt for postoperative komplikasjoner, disse kan komme av den kirurgiske behandlingen, anestesian, immobiliseringen eller smerter. Hyppig observasjon av vitale parametere, samt observasjoner og vurdering av postoperative smerter er sykepleieres viktigste oppgaver på postoperativ avdeling og på sengepost. Det er den postoperative behandlingen på sengepost som blir vektlagt videre i oppgaven.

All kirurgi medfører vevstraume, og som nevnt er dette en av årsakene til smerte. Ettersom dette er tilfellet etter all kirurgi, er det viktig at tegn til smerte vurderes nøye og ofte, og at smertelindringen er gjennomtenkt og tilpasset pasient og inngrep (Berntzen et al., 2020). En annen grunn til at smertelindringen spiller en sentral rolle i den postoperative fase er at ved store smerter, er en utsatt for andre risikoer, som iskemi til hjertet, nedsatt immunrespons og blodproppdannelse. Smerter påvirker også tarm- og blærefunksjon, ventilasjon samt hostekraft og sekresjonseffekt. Risikoen for utvikling av langvarige smerter øker muligens også, dersom pasienten har sterke, akutte postoperative smerter (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020).

Et mål med den postoperative sykepleien er at pasienter skal være mest mulige smertefrie gjennom hele forløpet, og bør av denne grunn planlegges og forberedes preoperativt, da smertelindringen i hovedsak skal være forebyggende. Likevel opplever mange pasienter i norske sykehus fortsatt mye smerter etter kirurgiske inngrep (Berntzen et al., 2020, s. 361).

Hypoventilering og inaktivitet er ofte et resultat av smerter. Dersom pasienten er smertelindret bedres evnen til å puste dypt, hoste, delta på fysioterapi og mobilisering, samt å få ordentlig søvn og hvile (Berntzen et al., 2020, s. 356).

Sykepleiere gjør mange observasjoner og vurdering på postoperativ sengepost. Noen eksempler på observasjoner og vurderinger kan være: smertens intensitet, kvalitet og lokalisasjon, samt variasjoner i smerten og eventuelt hva gjør det mer eller mindre vondt og fungerer de smertelindrende tiltakene som blir satt i gang (Berntzen et al., 2020, s. 353).

Norsk Helseinformatikk (NHI) definerer ortopedi som «læren om bein, beinskader, beinsykdommer og deres behandling» (Norsk Helseinformatikk, 2019). Bevegelsesapparatet kan bli utsatt for utallige skader og sykdommer med variasjon i alvorlighet og komplikasjon. En stor gruppe av pasientene som mottar ortopedisk behandling er eldre. Hoftebrudd er et eksempel på en skade som oftest rammer eldre, og som i hovedsak blir behandlet kirurgisk med hemiprotese (Grønsløth et al., 2017, s. 181).

Ortopediske skader resulterer ofte i bevegelsesrestriksjoner, og immobilitet. Pasienter blir ofte anbefalt å starte mobiliseringen så raskt som mulig, og en kan få beskjed om «fri belastning» (Langeland et al., 2017, s. 487). Mobilisering av pasienter etter ortopedisk kirurgi kan være krevende, da den postoperative perioden er preget av smerter og bevegelseshemninger (Grønsløth et al., 2017). Det er mange faktorer som spiller inn på behandlingsresultatet, og sykepleieren har en sentral jobb når det kommer til god smertelindring og informasjon til pasienten. Det er også sykepleieren som har den koordinerende rollen i samhandling med andre grupper som fysioterapeut, ergoterapeut og medisinske spesialister, noe som er spesielt viktig i behandlingen av pasienter med fokus på mobilisering (Grønsløth et al., 2017, s. 170).

Det er en rekke sykepleietiltak som er nødvendig uavhengig av type skade eller behandling. Beskrivelse av sykdom/skader, diagnostikk og behandling har et medisinsk fokus, men en vurderer også hvilke konsekvenser sykdommen har for pasients grunnleggende behov (Grønsløth et al., 2017). Pasientens grunnleggende behov er mange og krevende å dekke, men i denne oppgaven vektet behovet for velvære (smertelindring) og aktivitet tyngst. Ortopediske pasienter som har gjennomført kirurgi har ofte store smerter, og disse smertene er oftest uttalt ved

mobilisering og trening, som kan være utfordrende da nettopp dette er svært viktig for rehabilitering (Grønsløth et al., 2017).

2.3 Travelbee.

I denne oppgaven baseres synet på sykepleiers rolle i møte med pasienter med behov for postoperativ smertelindring på Travelbees sykepleierteori. Sykepleier vil i denne situasjonen møte mennesker som opplever smerte og lidelse i forskjellig grad. Deler av Travelbees relasjonsbaserte teori om sykepleie benyttes i denne oppgaven for å undersøke hvordan det individuelle ved sykepleieren kan benyttes for å lindre pasienters smerte. Momentet som er særlig interessant fra Travelbees teori er hennes syn på at alle relasjoner er menneske-menneske-relasjoner, og at relasjonsdannelse gjennom de unike kvalitetene ved sykepleier og pasients identiteter kan skape en større forståelse for den andres situasjon (Kristoffersen et al., 2015, s. 220).

Denne relasjonen kan være aktuell i forbindelse med kartlegging av pasientens smerter og for å nå inn til pasienten med informasjon om tilgjengelig smertelindring. At sykepleieren skal møte pasient først og fremst som et annet menneske, og at betydningen av å forstå pasientens opplevelse av situasjonen er mer relevant enn diagnoser og faktiske skader er et viktig punkt i Travelbees teori. Som nevnt fremhever Travelbee viktigheten av sykepleieres unike identitet som menneske i relasjoner, og denne identiteten består blant annet av tanker og holdninger til smerte. Disse holdningene vil da påvirke sykepleiers relasjonen til pasienten, og forståelse av pasientens situasjon.

I Travelbees sykepleierteori er å fostre håp hos pasienten en av de overordnede sykepleie-målene. Håp definerer hun som en tilstand kjennetegnet av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, samtidig som det er en forventning til at dette målet er oppnåelig. Tro på positive livsforandringer, som for eksempel mindre ubehag, økt mestringsfølelse eller mer glede dersom målet oppnås inngår også i håps-definisjonen (Kristoffersen et al., 2015, s. 217).

Travelbee redegjør for at sykepleieren trenger en form for målrettet intellektuell tilnærming for å hjelpe de syke og lidende med å mestre sin situasjon. Den intellektuelle tilnærmingen beskrives som at sykepleiere må vite hvordan en tenker logisk, reflekterer, samt analysere og sammenfatter informasjon, for å kunne identifisere behovene som pasientene kan ha. For å få finne frem til

pasientens behov for sykepleiere benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt. Dette gjøres gjennom en systematisk tilnærming delt opp i ulike trinn (Kristoffersen, 2015b, s. 222).

2.4 Etikk og lovverk.

Retten til selvbestemmelse og brukermedvirkning er sentral for diskusjon av smertelindring. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienter rett til å medvirke til valg av tilgjengelige tjenesteformer, og tilbudet skal i mest mulig grad utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det er sykepleierens oppgave å ivareta pasientens rett til autonomi. For at dette skal være mulig er det nødvendig at sykepleieren forsikrer seg om at pasient har mottatt og forstått sentral informasjon, som er viktig for å kunne ta et informert valg. Dette betyr likevel ikke at pasienten kan kreve eller bestemme hvilke medisinsk behandling han skal få (Heggstad, 2018, s. 27).

Velgjørhetsprinsippet handler i hovedsak om at en har en plikt til å forebygge skade, samt fremme det gode (Heggstad, 2018, s. 29). Dette går fra sykepleiers perspektiv ut på å alltid spørre seg hva som er til det beste for pasienten, og velgjørhetsprinsippet er også i tråd med sykepleieres oppgave om å vise omsorg ovenfor pasienten.

3.0 METODE

I dette kapitlet redegjøres oppgavens metode, søkeprosessen, samt kildekritikk og forskningsetiske overveielser. Oppgaven er en litteraturstudie som omhandler sykepleiers kunnskap, holdninger og ferdigheter i postoperativ smertelindring på sengepost, og forskning som belyser smertelindring både fra sykepleierens og pasientenes perspektiver vil derfor inkluderes. Fra pasientens perspektiv er det artikler som handler om pasientens erfaring og tilbakemelding etter opphold på postoperativ sengepost, mens fra sykepleiers perspektiv er det hvilke egenskaper, faglige verktøy og intervensjoner sykepleier kan bruke i smertelindring som er aktuelle forskningstema.

3.1 Søkeprosessen.

Vi begynte søkeprosessen med å søke bredt med søkeord vi fant ved hjelp av PICO-skjema. og fritt søk i sykepleien forskning med søkeord smerte var en stor del av den tidlige søkeprosessen. Søkeordene vi kom frem til var «Postoperative pain», «patient experience», «patient satisfaction» og forskjellige variasjoner av «nurse» som vi valgte å trunkere til «nurs*» for å søke på alle ordene i denne ordstammen. Vi inkluderte også «orthopedic surgery» som et søkeord i tidlige søk, men erfarte at dette filtrerte ut for mange relevante artikler. Av denne grunn valgte vi derfor å fjerne dette i de siste strukturerte søkene og heller vektlegge ortopediske pasienter innenfor inklusjonskriteriene. Inklusjon og eksklusjonskriterier kan sees i tabell 1.

Etter den tidlige fasen av søkeprosessen satte vi opp strukturerte søk i databasene CINAHL og Epistemonikos, nøyaktig søkehistorikk fra de to databasene vi benyttet er ført opp i søketabell som finnes som vedlegg 1 og 2. Vi gjennomførte to strukturerte søk i databasen CINAHL. CINAHL er en database med et stort utvalg av artikler relatert til sykepleie, og er spesielt egnet for å finne artikler om pasienterfaringer og kvalitative artikler generelt (Hørmann, 2015, s. 44). Gjennom søkene i CINAHL fant vi totalt 98 artikler, og etter vurdering av abstrakt og gjennomlesning valgte vi ut åtte artikler som passet med kriterier for inklusjon.

Vi gjennomførte ett strukturert søk i Epistemonikos, som er den største databasen for helsefaglige systematiske oversikter (Epistemonikos). Systematiske oversikter er artikler som i

likhet med vår oppgave samler resultater fra tidligere forskning, og gir oss en bred oversikt over emnet. Gjennom vårt søk her fant vi 50 artikler, hvor vi vurderte tittel, abstrakter og gjennomleste for å komme frem til en systematisk oversiktsartikkel.

Tabell 1: Inklusjon og eksklusjonskriterier for forskningsartikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitative eller kvantitative artikler om pasienters erfaring og/eller sykepleiers rolle i postoperativ smertelindring - Publisert i tidsperioden 2015-2021 - Artikler fra sammenlignbare geografiske områder som; Norge, Europa, USA, Canada - Språk: Engelsk, Norsk, Dansk og Svensk - Fagfellevurderte artikler - Postoperative pasienter med sammenlignbar smertelindring til ortopedisk kirurgi. - Pasienter på sengepost 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter yngre enn 18 år - Artikler med fokus på ett enkelt legemiddel - Pasienter på postoperativ avdeling (post-anesthesia care units) - Tiltak eller behandling av pasienter etter utskrivelse fra sengepost.

3.2 Kildekritikk.

Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler er en prosess som krever kunnskap om ulike forskningsmetoder og systematisk fremgangsmåte. Vi har sett på sjekklister for de forskjellige typene artikler og ordlisten fra helsebiblioteket.no for å kunne vurdere artiklene, da disse sjekklisterne er laget som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av forskningsartikler (Thidemann, 2015). Vi har gått ut fra at ettersom artiklene er inkludert i godkjente databaser for fagfellevurdert forskning, har journalene bak artiklene allerede vurdert artiklene faglig

forsvarlige. Basert på de overnevnte sjekklister har vi videre stilt følgende overordnede spørsmål under gjennomlesning for å sikre kvalitet i forbindelse med vår problemstilling:

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?
- Redegjør artikkelen for etiske hensyn?
- Kan du stole på resultatene?
- Hva er resultatene?
- Kan resultatene brukes i min praksis?

Vi har valgt å benytte både kvantitative artikler for å få et overordnet blikk over hvilke fenomener som preger smertelindring, og kvalitative artikler for å gå nærmere inn på pasienter og sykepleieres individuelle opplevelser av smertelindringen. Vi valgte også å inkludere en fagartikkel selv om denne ikke passet med sjekklisten, da denne artikkelen hjalp oss få et bedre overblikk over ortopedisk sengepost og de forskjellige tiltakene for smertelindring som ble benyttet der. Dette er et valg vi tok på bakgrunn av at ingen av oss har direkte erfaring fra en slik avdeling, og tanker om at en slik fagartikkel kan hjelpe oss gjøre opp for dette til en viss grad.

Kvalitativ strategi og metode er kjent for å ha høy relevans i sykepleiefaget, særlig for å undersøke pasientopplevelser, da målet med metoden er å komme så «nært» fenomenet som mulig. Det anvendes ofte ustrukturert og individuelt tilpassede intervjuer for å utvikle forståelse, og resultatene er ofte beskrivelser ved bruk av sitater og eksempler (Kristoffersen, 2015a, s. 175).

Kvantitativ metode gir et mer overordnet blikk og, resultatene kommer i form av tabeller, grafer og andre statistiske funn. Data blir samlet systematisk, og forskningsprosessen er forhåndsbestemt, og informasjon samles inn gjennom strukturerte intervjuer og spørreskjemaer, som er fastsatt på forhånd (Kristoffersen, 2015a, s. 174).

De to inkluderte **kvalitative** artiklene:

- «*Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study*» (Specht et al., 2016)
- «*Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective*» (Bach et al., 2018)

De tre inkluderte **kvantitative** artiklene:

- «*Implementing a pain management nursing protocol for orthopaedic surgical patients: Results from a PAIN OUT project*» (Cui et al., 2018)
- «*Predictors of Nurses' Intentions to Administer As-Needed Opioid Analgesics for Pain Relief to Postoperative Orthopaedic Patients in the Acute Care Setting*» (Taylor et al., 2017)
- «*The Effect of Listening to Music on Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients*» (Schneider, 2018)

De to inkluderte **oversiktsartiklene** som oppsummerer kvantitative artikler:

- «*Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review*» (Felix et al., 2019)
- «*Postoperative pain documentation in a hospital setting: A topical review*» (Heikkilä et al., 2016)

Den inkluderte **fagartikkelen**:

- «*The Role Multimodal Pain Management Plays With Successful Total Knee and Hip Arthroplasty*» (Warren Jr et al., 2019)

3.3 Ethiske overveielser.

For en litteraturstudie er etiske hensyn i forbindelse med korrekt behandling av fagstoff viktig. Spesiell oppmerksomhet rettes mot å ikke feilrepresentere resultatene fra tidligere forskning ved å sensasjonalisere eller overdrive dem, samt å korrekt henviser til forskningen som inkluderes. Henvisningene til faglitteratur i denne oppgaven gjøres ut ifra APA 7th stilen, nettopp for å sørge for at det kommer tydelig frem hvem som har skrevet litteraturen. Som nevnt i kildekritikken gjennomleses også de etiske hensynene til inkluderte forskningsartikler for å sikre at forskningen er etisk forsvarlig gjennomført.

4.0 RESULTAT

For å besvare problemstillingen inkluderes åtte artikler som belyser temaet smertelindring postoperativt. De er varierende i både metode og tema, men er vurdert faglig relevant til oppgavens problemstilling ut fra kriteriene beskrevet i metodekapittelet. Flere av artiklene ble valgt på bakgrunn av at de direkte omhandler smertelindring på en postoperativ ortopedisk sengepost, og de ulike utfordringene og kravene som stilles til sykepleieren på slike avdelinger, samt hvordan sykepleieren bedre kan håndtere disse.

Noen av artiklene fokuserer derimot på ulike smertelindrende tiltak sykepleiere kan benytte seg av hos pasienter med smerter, som avledningsterapi eller andre ikke-medikamentelle tiltak. Multimodal analgesi er som nevnt en sentral del av det postoperative forløpet, og disse artiklene presiserer både viktigheten av og fremhever alternative sykepleieraktuelle valgmuligheter innenfor smertelindring.

En av forskningsartiklene og de to inkluderte oversiktsartiklene beveger seg utenfor fagfeltet ortopedi. Forskningsartikkelen fra Bach et al. (2016) omhandler pasienter og sykepleiere på gynekologisk avdeling, men snakker mye om sykepleiers holdninger og praksis som kan overføres til sykepleiers smertelindring for ortopediske pasienter og er derfor inkludert i oppgaven. De to oversiktsartiklene inneholder studier fra både ortopediske og andre postoperative sengeposter, men er aktuelle for oppgaven ettersom resultatene omhandler sykepleiers kunnskaper og handlinger.

Gjennom lesning av utvalgt forskning dukket det opp tre temaer som virket å påvirke sykepleiers smertelindring. Disse tre fremhevede temaene er: sykepleierens kunnskap om smerte og smertelindring, sykepleierens holdninger i forbindelse med smertelindring, og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Resultatkapittelet inndeles med disse tre temaene som underkapitler, og de inkluderte forskningsartiklene refereres til i flere av kapitlene ettersom temaene gikk igjen i mange av artiklene.

4.1 Sykepleierens kunnskap.

Flere av forskningsartiklene viste at kunnskap og utdanning hadde en positiv effekt på smertelindringen som pasienten mottok. En studie av Cui et al. (2018) målte sykepleierens kunnskap om smerte på en ortopedisk avdeling, gjennom spørreundersøkelsen KASPR. KASPR består av 37 spørsmål, om kunnskap og holdninger relatert til smertelindring: Hvordan pasienter kan forholde seg til smerte (f.eks. kan man sove med store smerter?), hvilke legemidler kan en administrere, og på hvilken måte (f.eks. intravenøst eller per os), og spørsmål om virkning og bivirkninger ved bruk av ulike legemidler hos ulike pasientgrupper (Ferrel & McCaffery, 2014). Sykepleierne tok KASPR undersøkelsen en gang før de gjennomgikk en form for undervisning. Undervisningen hadde fokus på omfattende smertekartlegging, intervensjonsprinsipper basert på smerteintensitet og dokumentasjon av sykepleiernes kartlegging og individuelle vurderinger.

De besvarte KASPR en gang til etter undervisningen og de nye resultatene viste at gjennomsnittsscoren hadde en 10% forbedring (Cui et al., 2018). Studien undersøkte samtidig pasienter rapporterte utfall, og om hvorvidt pasientene hadde behov for mer smertestillende enn det de hadde mottatt. Når pasientene ble behandlet etter sykepleieren hadde fått mer opplæring, rapportert færre pasienter et ønske om mer smertestillende. En annen studie viser at self-efficacy (sykepleierens tro på egen kunnskap) er en direkte prediktor for sykepleierens overordnede intensjon til å administrere opioider ved behov, og om pasienten skal få neste dose tidlig eller sent innenfor ordinert intervall (Taylor et al., 2017).

En finsk oversiktsartikkel snakker også om sykepleierens kunnskap, men i henhold til dokumentering av informasjon samlet av sykepleier. Typen informasjon dokumentert var blant annet smertevurdering, kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy og lindringsmetoder. I studien kommer det frem at smertevurderingene var både uregelmessig og utilstrekkelig dokumentert, blant annet i form av smertevurderingen første dag etter operasjon, og bruken av medikamenter (Heikkilä et al., 2016). Resultatene i forskningen viste også at sykepleiere vurderte pasients verste smerter, som lavere en pasientens gjorde selv, og at noe av det som begrenset sykepleierens evne til å dokumentere korrekt var inkonsekvent smertekartlegging og lindring, samt et behov for opplæring. En av artiklene i forskningen viste at når bruken av et spesifikt smertekartleggingsverktøy (NPS- Nonverbal pain scale) ble iverksatt, ble både

pasienters tilfredshet med smertelindring og sykepleierens dokumentasjon forbedret. I tillegg ble sykepleierne mer sikre på seg selv i kartlegging og vurdering av smerte.

Tre av artiklene diskuterer også alternative handlingsalternativer sykepleierne har for å redusere pasientens smerter. Multimodal analgesi hos pasienter som har fått kne eller hofteprotese legges frem i fagartikkelen til Warren Jr. et al. (2019). Artikkelen oppsummerer forskning fra fagfeltet som viser at sykepleieren er nødt til å ha mye kunnskap om hvilke faktorer som påvirker pasientens smerter, som for eksempel angst og søvnkvalitet. Den påpeker også at kunnskap om virkninger og bivirkninger av ulike analgesimidler kan brukes sammen med kunnskap om effektive ikke-medikamentelle alternativer, for å forbedre pasienters smertelindring og mobilisering.

Oversiktsartikkelen til Felix et al. (2019) har gjennom en integrativ oppsummering kommet frem til at alternative behandlingsmåter som musikk, distraherende film, eller avslapnings-terapi ved hjelp av CD eller DVD var assosiert med lavere preoperativ angst og mindre postoperativ smerte. Schneider (2018) fant at postoperative pasienter som fikk høre en CD med 35 minutter instrumental pianomusikk rapporterte at musikken fikk tankene over på noe annet enn smertene, og lot dem lettere sovne og slappe av.

4.2 Sykepleierens holdninger.

Et gjengående tema i forskningen var sykepleierens holdning ovenfor pasientens smerte. De fleste artiklene presiserte at smerte er normalt ved ortopediske operasjoner, og at disse smertene er underbehandlet. En studie gjennomført ved en postoperativ sengepost presenterte at mange sykepleiere har forstått det som om postoperative smerter er et normalt fenomen, og av denne grunn latt være å etterstrebe fullstendig smertelindring (Bach et al., 2018). Taylor et al. (2017) presenterer i sin artikkel at den viktigste determinanten for at sykepleiere skal administrere opioider til de ortopediske pasientene var «Saliency of the behavior» (sykepleiers opplevelse av en handling som viktig), og at avdelingens forventninger om praksis, og holdninger også var en viktig faktor når det kom til administrering av analgetika.

Bach et al. sin studie fra 2018 viser også at det var sjeldent at sykepleiere involverte pasienten i vurderingen av smertelindringen, men at de heller brukte sin kliniske erfaring for å vurdere pasientens smerte ut ifra deres aktivitetsnivå. Sykepleierne forklarte også at dersom pasienten

klarte å gjøre hverdagslige ting som å gå ut å ta en røyk, eller sminke seg, ble de ofte skeptiske dersom pasienten hadde gitt seg selv en høy smertescore.

4.3 Sykepleierens kommunikasjon.

Forskningen peker også ut kommunikasjon som en viktig faktor for smertelindring, og noe sykepleieren kunne ha nytte av å være bevisst på. Ifølge Bach et al. (2018) var det sjeldent at pasienter tok kontakt med sykepleierne til tross for at de har smerter. Samtidig som at samtalene skjedde på sykepleierens initiativ, inneholdt ikke samtalen nødvendigvis ordet «smerte» og samtalene om smerte var ofte korte, ustrukturerte og uten detaljerte spørsmål. Den samme forskningen fant også at istedenfor verbal kommunikasjon brukte pasients kroppsspråk for å uttrykke sin smerte, og det ble da opp til sykepleieren å tolke disse uttrykkene. Noen ganger forsto sykepleieren pasients uttrykk godt og ga fikk tilbud smertestillende, men sykepleier kunne også misforstå eller ikke legge merke til dette.

En kvalitativ artikkel skrevet av Specht et al. (2016) presenterer pasienters opplevelse i et raskt forløp for kne-kirurgi. Artikkelen trekker blant annet frem at pasientene selv var usikre på når de skulle ta smertestillende legemidler, og dette hindret dem fra å lindre smerter de hadde. Dette løste sykepleierne ved å gi informasjon og opplæring, noe som trygget pasientene og pasientene resulterte i bedre smertelindring. De viser også til at det raskt kunne oppstå uklarhet hos pasienten dersom informasjon de fikk var motstridende eller utydelig, for eksempel ved at helsepersonell ga motsatte beskjeder om når pasient bør ta analgetika. Dette kunne videre lede til at pasienter mistet tillitten de hadde til helsepersonellet. En fagartikkel skriver også om pasientutdanning, og slår fast at dette er et viktig tiltak før operasjon så pasienten kan være forberedt på smerte og hvordan denne smerten kan kontrolleres (Warren Jr et al., 2019). Studien understreker at pasienten selv kjenner sin smerte, og gjennom opplæring kan sykepleier hjelpe dem bedre forstå smerteskårning og dermed gi en skår som stemmer, med riktig oppfølgende smertebehandling. Videre nevner artikkelen at å oppmuntre pasientene til å proaktivt si fra om bekymringer eller ting de lurer på er hensiktsmessig, da dette kan føre til at problemer med smertelindringen kan oppdages tidlig.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet presenteres først hvordan kunnskap og opplæring til sykepleier påvirker pasienters smertelindring. Diskusjonen vil dreie seg om hvilke kunnskaper som er aktuelle for sykepleier og hvordan pasientens opplevelse endret seg når sykepleier hadde fått faglig oppdatert undervisning om smertelindring. Deretter belyses holdninger sykepleiere har til smertelindring, pasientens egenrapporterte smerte og hvordan dette påvirker deres praksis på avdelingen. Om avdelingens kultur påvirker sykepleieres holdninger ovenfor pasienter med smerte og i så fall hvordan, vil være en del av dette underkapitlet. Det siste temaet vil diskutere hvilke måter sykepleieren kommuniserer med pasienten, og benytte pensum for å diskutere hva som kan forbedres. Avslutningsvis i kapitlet diskuteres oppgavens metode, med fremgangsmåte i søk og presentasjon av resultater.

5.1 Sykepleierens kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis er å basere sin fagutøvelse på forskningsbasert kunnskap, integrert med erfaringsbasert kunnskap og pasientens preferanser (Kristoffersen, 2015a, s. 166). Kunnskap om smertens fysiologiske effekt, samt pasientens smerteopplevelse nødvendig for at sykepleier skal kunne kartlegge og behandle smerten. I resultatkapitlet kommer det også frem at sykepleierens kunnskap er en viktig faktor når det kommer til smertelindring av postoperative smerter.

Kunnskap om smerte og smertelindring er en forutsetning for å kunne arbeide på en ortopedisk sengepost, ettersom det er en viktig del av det postoperative forløpet hos ortopediske pasienter. Som nevnt tidligere er det fortsatt mangler innenfor smertelindring hos pasienter som har gjennomgått kirurgi, og av denne grunn er det nødvendig at sykepleierne øker sin kunnskap innenfor temaet. Cui et al. (2018) sin forskning viser at når sykepleieren mottar undervisning om hvordan pasienter opplever og forholder seg til smerte, hvordan smerten skal vurderes og hvilke legemidler som kan brukes har dette en positiv virkning på både behandlingen pasientene mottok og sykepleierens egne holdninger. Dette kan tyde på at sykepleiere som arbeider med postoperativ smertelindring har for lite kunnskap om flere av de viktige aspektene innenfor temaet. Gjennom undervisningsopplegg og spesifikk opplæring til avdelingen kan sykepleieren

levere en høyere kvalitet på smertelindringen. Den samme forskningen støtter dette utsagnet ved å vise at pasientene mottok mer tilfredsstillende smertelindring etter at sykepleierne hadde gjennomgått mer opplæring. Færre av pasientene i undersøkelsen rapporterte nemlig et behov for mer smertestillende.

En systematisk tilnærming er nødvendig for at sykepleier skal kunne kartlegge pasientens behov, smerter, og tiltak. Travelbee beskriver denne sykepleieprosessen og nevner at observasjon er en viktig del av kartleggingen (Kristoffersen, 2015b, s. 222). Det er mer enn smertens intensitet som er viktig i postoperativ smertekartlegging. Punkter som smertens lokalisasjon (hvor har pasienten vondt), kvalitet (stikkende, strålende, dunkende), variasjon (lik hele tiden, eller kommer og går) er like viktige i den postoperative observasjonen og vurderingen av smerte (Berntzen et al., 2020, s. 353). Disse punktene burde tas i betraktning når sykepleieren skal velge hvilke smertelindrende tiltak en skal gjøre, og kunnskap om funksjonen og forventet effekt av de ulike tiltakene kan gjøre at pasienten blir bedre lindret.

Det kan være vanskelig å vurdere pasientens smerter ut ifra vitale tegn og observert atferd, da stress og angst påvirker dette (Danielsen et al., 2020, s. 388-389). Dersom pasienten er i stand til å gi en subjektiv vurdering av punktene i forrige avsnitt, samt smertens intensitet vil dette kunne tydeliggjøre situasjonen (Danielsen et al., 2020, s. 389). Bruken av ulike kartleggingsverktøy kan forbedre datasamlingen av pasientens smerter, ved at det kan gi en strukturert subjektiv vurdering av sin egen smerte. Ifølge Dequekar et al. (2018) stemmer smertevurderingen til sykepleiere og pasienter i større grad overens dersom et kartleggingsverktøy blir brukt til å vurdere smertene. Forskningen viser også at hos nesten halvparten av pasientene, benyttes ikke smerteskalaer i vurderingen. Kartlegging av smerter sammen med pasienten kan fungere bekreftende eller avkrefte på observasjonene som sykepleieren har gjort, noe som er ifølge Travelbee er en av de sentrale punktene i sykepleieprosessen (Kristoffersen, 2015b, s. 222).

En av grunnene til at sykepleierne ikke benytter seg mer av kartleggingsverktøy kan være mangel på kunnskap om hvordan verktøyet skal benyttes, eller utilstrekkelig forståelse av viktigheten av pasientens selvopplevde smerte. En annen grunn kan være dårlige holdninger ovenfor bruken av kartleggingsverktøy, dette diskuteres i neste kapittel. Resultatene fra inkludert forskning viser at når det ble implementert retningslinjer for smertevurdering, ble sykepleierne

mer selvsikker på smertekartlegging (Heikkilä et al., 2016). Dette kan tyde på at sykepleieren nettopp er usikre på bruken av kartleggingsverktøy når det kommer til pasientens smerter, og er derfor redd for å bruke de på feil måte. Økt kunnskap om viktigheten og bruken av kartleggingsverktøy kan ha en positiv virkning på den postoperative smertelindringen, da kartlegging og vurdering blir av høyere kvalitet.

Det er kartleggingen og vurderingene som videre danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en individuelt tilpasset smertebehandling (Danielsen et al., 2020, s. 390), og av det er av denne grunn nødvendig at den blir gjort på rett måte. For at dette skal være mulig er sykepleier nødt til å ha kunnskap om hvordan smertevurderingsskalaene skal brukes, og hvilke skalaer som er tilpasset ulike pasientgrupper. Kunnskap og bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til mer systematiske og sammenlignbare resultater, og disse resultatene er nødvendig i et tverrfaglig samarbeid.

Dokumentering av observasjoner og behandlingsresultater spiller en sentral rolle i behandling av pasienter på sengepost, da de gjør det mulig for sykepleierne å sammenligne endringer i pasientens situasjon. Dokumentasjon og rapportering benyttes også av leger for å forordne smertebehandlingen hos den individuelle pasienten (Danielsen et al., 2020, s. 390). Heikkilä et al. (2016) viser at store deler av smertedokumentasjonen som gjøres av sykepleiere er utilstrekkelig. Dette kan tyde på at mer opplæring og kunnskap om kartlegging og dokumentasjon er nødvendig. Bedre dokumentasjon kan lede til å tydeliggjøre smerteutvikling hos den enkelte pasient, og fortelle hvilke tiltak som eventuelt er forsøkt og fungert eller ikke fungert. Denne formen for evaluering av behandling og tiltak trekkes frem som det siste punktet når Travelbee beskriver prosessen i tilnærming til pasientens situasjon. Travelbee understreker at det er nødvendig å finne ut om pasientens behov helt eller delvis har blitt ivaretatt (Kristoffersen, 2015b, s. 222).

For å kunne hjelpe pasienten med å lindre smerter som følge av kirurgi, er det nødvendig med bred kunnskap om smerter, vurdering og behandling. Pasientene har ulike behov i ulike faser av det postoperative forløpet, og behovene vil variere ved ulike operasjoner og individer (Berntzen et al., 2020, s. 346). Kunnskap om medikamentell behandling, legemidlers virkning og bivirkning, samt ikke-medikamentelle metoder for smertelindring er alle nødvendige for at

sykepleier skal kunne bidra til å lindre pasientens smerter. Det kom tydelig frem i resultatene fra en forskningsartikkel at sykepleiere lindret pasienters smerter i større grad etter å ha mottatt opplæring om multimodal analgesi og opioiders effekt og bivirkninger (Cui et al., 2018).

Ettersom legemidler, og spesielt sterke opioider medfører uønskede effekter, bør sykepleieren ha kunnskaper om andre medikamentelle behandlingsalternativer. For eksempel vil det ved epidural smertelindring brukes mindre opioider, noe som reduserer mengden bivirkninger (Danielsen et al., 2020, s. 409). Warren Jr. et al. (2019) presiserer at nerveblokk også spiller en viktig rolle ved behandling av postoperative smerter hos pasienter som har gjennomgått kne- eller hofteprotese.

Ikke-medikamentelle behandlingsformer er også en viktig del av smertelindringen på ortopedisk sengepost. Ikke-medikamentelle tiltak er i omfattende bruk, både mange med god dokumentert effekt, og andre metoder med mindre forskningsgrunnlag (Danielsen et al., 2020, s. 391). Til tross for dette viser forskningen til Bach et al. at bruken av ikke-medikamentell behandling er mest tilbudt etter at legens ordinerte legemidler er «oppbrukt». Dette kan tyde på at kunnskap om bruken av ikke-medikamentelle behandlingsformer er en faktor som direkte kan påvirke kvaliteten av smertelindringen. En kan tenke seg at dersom sykepleieren hadde mer kunnskap om nettopp dette, ville de iverksatt intervensjoner som varme, kulde eller avledningsterapi tidligere i behandlingen, noe som kan bidra til å redusere pasientens smerter. Dette støttes gjennom Cui et al. (2018) sin forskning som konkluderer med at når sykepleieren hadde gjennomgått en undervisning som blant annet inneholdt informasjon om ikke-medikamentelle tiltak, iverksatte de tiltakene tidligere enn før.

En annen viktig funksjon ved ikke-medikamentelle tiltak er at de kan benyttes for å indirekte påvirke pasientens smerter. Som nevnt spiller psykologiske, sosiale, biologiske og kulturelle faktorer en rolle i pasientens smerteopplevelse, og ifølge Warren Jr. et al. (2019) er det mange faktorer som påvirker pasientens smerter, blant disse er både søvn og angst. Sykepleieren bør ha kunnskap om hvordan en kan bidra til å redusere angst og øke søvnkvalitet for å redusere smerte og optimalisere smertelindring. Felix et al. (2019) viser for eksempel at pasienter som skulle ha full ledd-konstruksjon hadde mindre angst etter at de hadde mottatt avslappingsterapi som en intervensjon. Bruken av musikk er også en intervensjon som har resultert i lavere smertescore hos pasienter, og hvor pasienter har kommentert «Music helped me relax» og «It helped me to fall asleep» etter intervensjonen tok plass (Schneider, 2018). Sykepleierne i den kvantitative

studien til Schneider fortalte at det var enkelt å inkludere musikk som en intervensjon i behandlingen. Dette gikk imot deres forforståelse om at «alternative» behandlingsmetoder var uhensiktsmessig tidkrevende, som kan tyde på at faktorer som tidspress og opplevd tilgjengelighet på behandlingsalternativene kan påvirke valgene som sykepleieren tar.

5.2 Sykepleierens holdninger.

Sykepleieren tolker andres smerter ut fra sin egen kunnskap, erfaring og skjønn (Danielsen et al., 2020, s. 382). Hvordan pasienten reagerer og uttrykker seg ved smerte, blir påvirket av biologiske, psykologiske, og sosiale faktorer (Raja et al., 2020), samtidig spiller kultur og oppvekst også en rolle i hvordan pasienten opplever smerten (Danielsen et al., 2020, s. 383). Pasientens reaksjoner og uttrykk blir også oppfattet ulikt hos den individuelle sykepleiere, da de nettopp har ulik kunnskap, erfaring og skjønn. Dette kan tyde på at sykepleierens individuelle holdninger er en viktig faktor når det kommer til både kartlegging, vurdering og behandling av pasientenes smerter.

Hvordan sykepleieren henter informasjon om pasientens smerter og velger å lindre de er begge påvirket av andre utvendige faktorer. Normer og forventninger på en avdeling har ifølge Taylor et al. (2017) en direkte påvirkning på om sykepleiere administrer maksimalt ordinert dose av opioider til en pasient. Dette kan tyde på at dersom en pasient har store smerter, er det ikke alltid de vil motta nødvendig dose smertestillende, fordi sykepleierne har en forventning om at de ikke har så vondt som de sier. Dette utsagnet støttes av (Dequeker et al., 2018) som i sin forskning sammenligner smertevurdering hos sykepleiere og pasienter. Denne kvantitative undersøkelsen viser at sannsynligheten for at sykepleiere vurderer smertene likt som pasienten synker med 24% når smerteintensiteten øker.

Hvor sterke smerter en pasient har, eller om de har smerter i det hele tatt kan være nesten umulig for sykepleier å vurdere dersom pasienten ikke har noen målbare tegn. Sykepleieren er derfor nødt til å ha tillit til pasientens opplevelse (Danielsen et al., 2020, s. 382). Denne tilliten må ifølge Travelbee oppnås fra pasienten, da den ikke kommer av seg selv (Travelbee, 1999). Sykepleierens innstilling kan ha en påvirkning på hvordan de oppfatter uttrykk og reaksjoner fra pasienten. Travelbee legger også frem viktigheten av å klare å se det enkelte menneske, og at en skal ta avstand fra generalisering (Travelbee, 1999). Dette kan trekkes direkte inn i

smertelindringen på sengepost da hver pasient har en ulik smerteopplevelse og det er først når sykepleieren klarer å se pasienten som annerledes enn seg selv og andre, at en klarer å være fullstendig innstilt på å lindre tilstanden.

Saliency of the behavior (sykepleiers opplevelse av en handling som viktig) er ifølge Taylor et al. (2017) den viktigste determinanten for om det skulle administreres opioider til pasientene på den ortopediske sengeposten. Dette kan tyde på at det er liten tillit til pasientens vurdering av egne smerter, og Bach et al. (2018) understreker dette med å vise at det var sjeldent at sykepleieren involverte pasientene i vurderingen av smertelindringen.

I teorikapittelet har det blitt etablert at smerter etter et kirurgisk inngrep er vanlig, ettersom all kirurgi medfører vevstraume. Det kan hende at denne kunnskapen har blitt overført til en holdning om at en burde ha smerter etter en operasjon. Bach et al. (2018) sine resultater viser at sykepleiere ikke alltid siktet på å lindre smertene totalt, ettersom de så på postoperativ smerte som normalt fenomen. Dette kan tyde på at kunnskapen sykepleierne har innenfor temaet direkte påvirker holdninger ovenfor smerte og smertelindring. Den samme artikkelen presiserer også at sykepleierne ikke gjorde det klart for pasienten om hvor mye smerte som faktisk kunne bli lindret. Det kan tenkes at noen sykepleiere velger å holde tilbake informasjon om tilgjengelig smertelindring, fordi de har større tro på egen kunnskap enn pasientens egne vurderinger. Dette stemmer overens med diskusjonen i forrige avsnitt om at pasienter sjeldent involveres i vurderingen av smertelindringen. Taylor et al. (2017) understøtter også denne påstanden gjennom sine resultater. Her kommer det frem at «self-efficacy» (sykepleierens tro på egen kunnskap) var den viktigste determinanten for at sykepleiere skulle administrere opioider. Ettersom sykepleierens holdninger direkte påvirker behandlingen som pasienten mottar, vil sykepleierne ha et ansvar for å være oppmerksom på effekten av egne holdninger, og om disse er til pasientens beste.

En kan se for seg at dersom sykepleiere har lav tillit eller negativ holdning til pasientens egne vurderinger av smerte, velger sykepleieren sjeldent å bruke kartleggingsverktøy. Dette kan være fordi mange kartleggingsverktøy legger til rette for at pasient selv oppgir smertens intensitet, for eksempel gjennom Numerisk skala (NRS) eller Visuell analog skala (VAS). Danielsen et. al (2020, s. 383) mener at daglig bruk av vurderingsskjemaer kan møte motstand hos sykepleiere

som er redd for at det individuelle i omsorgen forsvinner. Dette kan tyde på at sykepleiere har negative holdninger eller manglende kunnskaper ovenfor selve bruken av kartleggingsverktøyet. Forskningen tyder derimot på at ved korrekt bruk av kartleggingsverktøy kan den individuelle omsorgen styrkes, da skalaer som NRS legger vekt på at pasientens subjektive mening om smerten. En mer strategisk bruk av kartleggingsverktøy kan også ifølge Danielsen (2020, s. 390) gjøre at sykepleieren får et felles begrepsapparat, og individuelle holdninger og oppfatninger får mindre betydning.

Dequekar et al. (2018) mener at den dårlige bruken av kartleggingsverktøy kan være en av grunnene til at enigheten om smerte mellom sykepleier og eldre pasienter (over 65) er lavere enn med yngre pasienter. Holdninger om at eldre pasienter ikke klarer å bruke disse, grunnet kognitive svekkelser kan være en av grunnene til at de ikke brukes. Dette vil være tilfellet hos noen, men ikke på langt nær alle, noe som igjen understreker viktigheten av individuell vurdering og behandling.

5.3 Sykepleierens kommunikasjon.

Pasientens smerte er det som nevnt bare pasienten som kjenner, og som sykepleieren kan forsøke å tolke gjennom samtale og kroppsspråk hos pasienten. Sykepleieren vil i denne relasjonen ta på seg et ansvar for å forstå pasienten, og siden forskning viser til at mange pasienter uttrykker smerte passivt med kroppsspråk uten å starte samtale med sykepleier blir dette ansvaret viktiggjort (Bach et al., 2018). Grunnen til at pasientene ikke selv tok kontakt er ikke kjent, men det kan tenkes at det har noe med pasientens tillit til sykepleier, eller mangelfull informasjon om tilgjengelig smertelindring å gjøre.

Når pasienter viser tillit til sykepleier åpner de opp om sin sårbarhet, og i tilliten kan det ligge en tro på at sykepleieren med sin kunnskap kan hjelpe pasienten med de vonde opplevelsene. I tillegg ligger det en makt i tilliten når sykepleieren får innsikt i pasientens personlige erfaringer, og et ansvar om å ikke bryte tilliten (Eide & Eide, 2017, s. 26). Mangel på tillit er et fenomen som kan forekomme av flere forskjellige grunner, det kan for eksempel være at pasienten har opplevd å få motstridende informasjon fra ulikt helsepersonell, eller pasienten kan ha opplevd at helsepersonell ikke har tatt smerten de forteller om på alvor. At sykepleier ikke alltid stoler på pasientens smertevurdering kommer frem i resultatene fra inkludert forskning, der sykepleier i

mange tilfeller stoler mer på egen vurdering av pasienters smerte enn smerteskåren pasienten har oppgitt (Bach et al., 2018).

Om grunnen til at pasientene ikke tok kontakt var manglende informasjon om smertelindringsmuligheter eller hvor ofte de skulle ta mer smertelindring, vil sykepleierens undervisende funksjon være viktig. Resultatkapittelet viser at flere pasienter var usikre på om de skulle ta analgetika, og pekte på at sykepleierens råd og informasjon ledet avgjørelsen i stor grad (Specht et al., 2016). Dette kan tyde på at dersom pasienten får informasjon kan de selv være tryggere på smertelindringsprosessen, og dersom de jevnlig får mulighet for å stille spørsmål og delta aktivt i lindringsprosessen kan dette forbedre smertelindringen.

Uansett hvorfor pasienten ikke tar kontakt vil sykepleiers rolle i kommunikasjonen være å komme frem til hvor vondt pasienten har, for så å kunne lindre disse smertene i så høy grad som mulig og etter pasientens ønske. Dette målet kommer frem i de yrkesetiske retningslinjene, der «å lindre lidelse» er et viktig punkt (Norsk sykepleierforbund, 2016). I studien der pasientene ikke selv tok kontakt for smertelindring kom det frem at sykepleierne i samtaler ikke stilte direkte spørsmål om pasienters smerte under kartlegging, og ofte spurte generelle spørsmål om hvordan de hadde det (Bach et al., 2018). Pasientene i denne situasjonen er i en sårbar situasjon med smerte og usikkerhet, og som den profesjonelle i relasjonen faller ansvaret for å styre samtalen på sykepleierne.

En verdi sentralt i sykepleiefaget er autonomi, at pasienter selv skal kunne ta informerte valg uten unødvendig ytre press. Ut fra egne erfaringer med pasientkontakt tenker vi at sykepleierne som unnlater å undersøke pasientens smerte direkte kan ha tenkt på at de ikke vil presse pasientene til å ta analgetika. En annen mulighet er være stresspreget kommunikasjon, som svekker kommunikasjonsferdigheter og forhindret evnen til å fange opp pasientens nonverbale signaler (Eide & Eide, 2017, s. 40). Uavhengig av hvorfor, så er pasientens smerte en klar barriere som stopper pasienten fra å bruke sine ressurser til rehabilitering. Sykepleierne bør fange opp at pasientens valg, å ikke be om smertestillende, kan være et u-informert valg og gjøre noe med dette. Sentralt for autonomi er rasjonelle valg basert på informasjon, og sykepleiere med alle sine kunnskaper kan her stille disse til pasientens disposisjon ved å åpne for en direkte undervisende samtale om smerter og lindring (Eide & Eide, 2017, s. 37). Ved å aktivt lytte og

være tydeligere og mer direkte på at samtalen handler om smertekartlegging vil sykepleier kunne styrke pasientens ressurser og evne til å ta et informert valg. Den erfaringen og informasjonen pasienten får på sengepost vil legge grunnlaget for selvstendig smertelindring hjemme, og dette er enda en faktor som øker viktigheten av klar og konsekvent opplæring fra sykepleiere (Specht et al., 2016).

Dette er svært krevende for sykepleier, og det er viktig å tenke på at den perfekte profesjonelle samtalen er et ideal man forsøker å leve opp til og ikke noe man alltid vil klare. Strukturering av samtalen ved å initiere med en klar faglig intensjon om å kartlegge hva pasienten tenker om smertelindringen, og å følge opp med å bruke sine kommunikasjonsferdigheter kan hjelpe begge parter i samtalen med å undersøke på den aktuelle utfordringen. Her kunne det vært aktuelt for sykepleier å benytte et kartleggingsverktøy som VAS, der pasient får et veldig direkte spørsmål om smerte og gir et direkte svar. Kartleggingsskjema er et viktig redskap i kommunikasjonen, og forskning tyder på at bruk av systematiske kartleggingsverktøy gir mer informasjon om pasienten og deres situasjon enn å bare bruke samtale (Eide & Eide, 2017, s. 209). Dette verktøyet er enkelt å forstå, men kan fortsatt kreve at sykepleieren går sammen med pasientene for å bli enige om et smertemål som kan hjelpe dem med å vite når de skal ta smertestillende. Pasienten kan da få mulighet til å delta mer aktivt i sin egen smertebehandling.

Å ha forventninger til andre, eller oppleve at andre har forventninger til deg er en sentral del av et forhold, også profesjonelle forhold (Eide & Eide, 2017, s. 214). Å oppleve at den andre parten har forventninger er normalt, men det er vanskelig å avgjøre om den oppfattede forventningen er reell eller ikke, og ved avklare hvilke forventninger man har kan sykepleieren tydeliggjøre forholdet for begge parter. Dersom pasienten tenker at sykepleieren ønsker eller forventer å høre at alt er bra, kan det tenkes at pasientene holder tilbake informasjon som er nyttig for sykepleieren. Gjennom å klargjøre sine forventninger ved for eksempel å si «mine forventninger er at du skal fortelle meg hvordan du synes smertene dine er lindret» kan sykepleier forsøke å flytte forventningen fra «alt er bra» til en åpen samtale der pasientens situasjon blir tydeliggjort for sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 214). Slike samtaler der de erfaringene sykepleier og pasient har med seg som individer blir tatt opp er i tråd med Travelbees teori om relasjon og tillitsbygging. Ut fra hennes teori vil å fremheve dette bevisst med pasienten kunne skape et bedre grunnlag for videre samarbeid, og økt tillit mellom pasient og sykepleier.

Tillit til helsepersonellens ønske om å hjelpe, og deres kompetanse, vil også kunne gi pasienten håp om at de smertene som nå oppleves kan forbedres. Håp er et begrep som henger tett sammen med ønsket og troen på at ting blir bedre, og kan være en sterkt motiverende kraft for pasienten (Kristoffersen, 2015b, s. 217). Gjennom den opparbeidede tilliten kan sykepleier bedre kjenne pasientens motivasjoner og behov, og med den informasjonen sammen med pasienten sette oppnåelige mål. Oppnåelsen av slike mål kan stimulere til mestringsfølelse, og dermed styrke pasientenes håp for fremtidig bedring (Eide & Eide, 2017, s. 50).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient i smertesammenheng er altså preget av at pasienten har informasjon om egen smerte, og sykepleiers rolle er å hente ut denne informasjonen. Gjennom relasjonsbygging basert på Travelbees teori om mennesker som individer, og ved sykepleiers aktive kommunikasjonsarbeid for å forstå pasienten og videre bygge tillit dem imellom, vil sykepleier bedre kunne jobbe mot det ideelle samarbeidet. Dette idealet kan defineres slik: pasienten er på forhånd informert om kartlegging av smerte, sykepleier spør direkte om smerten og får et klart svar som leder til smertebehandling ned til forhåndsavtalt grad av smertefrihet. Tidligere diskuterte faktorer som kan påvirke slik kommunikasjon er blant annet sykepleiers holdninger til pasientens egenkunnskap om smerte, kunnskaper om pasienters smerte, og sykepleierens klarhet i kommunikasjon.

5.4 Metodedrøfting.

Som presentert i metodekapittelet har vi i denne litteraturstudien gått frem med å gjøre strukturerte søk basert på utvalgte søkeord på bakgrunn av egen erfaring med pasienter, forarbeid gjennom brede litteratursøk og råd fra emneveileder og praktiserende sykepleiere. Gjennom dette har vi fått en forforståelse for temaet som mest sannsynlig har påvirket vårt utvalg av forskning, hvilke resultater vi benyttet og hvilke temaer vi har lagt merke til i forskningen. Vi har forsøkt å være bevisst på dette og minsket den ubevisste påvirkningen på oppgaven ved å søke veiledning i forhold til våre ideer fra skolens veileder og medstudenter, og har lest forskningen grundig flere ganger for å være sikre på at vi har tolket resultatene så nøyaktig som mulig. Vi har begrenset erfaring fra vårt aktuelle tema fra før, da de pasienten vi har møtt allerede har vært skrevet ut fra sengepost. Dette kan ha hatt en negativ påvirkning ettersom vi ikke har gjennomført eller sett mange av tiltakene eller fenomenene vi diskuterer, og derfor kan ha oversett noe aktuelt for temaet.

Valg som å ikke begrense forskningen til kun ortopediske pasienter ble gjort på bakgrunn av forarbeid og forkunnskaper som viste til at postoperativ smertelindring har mange likheter mellom de forskjellige pasientgruppene. Dette førte til at vi har redegjort mye for generell smertelindring som kan gå noe utenfor vår problemstilling som spesifikt nevner ortopediske pasienter. Vi har gjennom utvalg av forskning forsøkt å kontrollere for dette ved å utelate resultater om tiltak eller smerteutfordringer spesifikt til andre sykdomstilstander, og i drøfting ved å overføre den generelle kunnskapen til ortopediske pasienter. I metode- og resultatkapitlene har vi begrunnet hvorfor vi har valgt å inkludere noen artikler med tema utenfor ortopedi.

Et annet valg vi gjorde var å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler, både fra sykepleiers og pasients perspektiv. Dette valget ble tatt på bakgrunn av forforståelsen av smerte som en i stor grad subjektiv pasientopplevelse, som gjør kvalitative artikler om pasienters erfaring særlig relevant for å beskrive dette fenomenet. Videre antok vi at en forståelse av denne opplevde smerten er sentral i vurderingen av i hvilken grad sykepleiers tiltak/behandling i forbindelse med smerte er effektive. For å kunne svare på problemstillingen har vi også sett på kvantitativ forskning som mer systematisk beskriver pasientens smerteopplevelse etter forskjellige intervensjoner er forsøkt gjennomført. Dette lar oss kvantifisere hvordan variasjoner blant sykepleierne påvirket smertelindringen og de kvantitative studiene ofte inneholdt større deltakergrupper.

På bakgrunn av læringsutbyttene har vi gjennom valg av og avgrensninger til problemstillingen forsøkt å fordype oss i temaet postoperativ smertelindring. Tilgjengelig tid og oppgavens overordnede disposisjon har gjort at dybden vi har beskrevet de ulike intervensjonene og temaene med til tider har måtte begrenses. Temaene som trekkes frem i oppgavens resultater var de mest relevante for vår problemstilling, men vi begrenset oss til disse tre blant et stort antall mulige for å bedre svare utdypende på problemstillingen.

6.0 OPPSUMMERING

I denne oppgaven har vi utforsket temaet postoperativ smerte, og hvordan smertelindring fortsatt er en utfordring for sykepleiere. Fokuset har vært på pasienter som har gjennomgått ortopedisk kirurgi. Ettersom smerte er en individuell opplevelse som blir påvirket av både blant annet biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er sykepleieren nødt til å ta hensyn til dette i kartlegging, vurdering og behandling av pasienten.

Oppgavens utgangspunkt var at sykepleieren har stor påvirkningskraft når det kommer til smertelindringen, og at individuelle forskjeller i kunnskap, holdninger og ferdigheter hos sykepleieren kan ha konsekvenser for smertelindringen som pasientene mottar. Til tross for at det har vært forbedring innenfor smertebehandling de siste 20-30 årene, er det fortsatt mangler innenfor flere av temaene som er diskutert i oppgaven. Innenfor de inkluderte forskningsartiklene sees det at pasienter fortsatt rapporterer å bli underbehandlet og at tiltak rettet mot sykepleierens kunnskap og holdninger kan være nødvendig for å forbedre smertelindringen.

For å svare på problemstillingen «*hvordan kan sykepleieren bidra til god postoperativ smertelindring hos ortopediske pasienter*» diskuteres i denne oppgaven sykepleierens kunnskap, holdninger og ferdigheter innenfor smertelindring i den postoperative fasen. Oppgavens resultater er presentert tematisk ut fra hvilke temaer som dukket opp i forskningen, og disse temaene var: Sykepleiers kunnskap, Sykepleiers holdninger og Sykepleiers kommunikasjon.

De samlede resultatene fra forskningsartikler innen disse temaene har kan tyde på at dersom sykepleieren skal kunne bidra til god postoperativ smertelindring hos ortopediske pasienter, trengs det tiltak som øker deres kunnskap om smerte og smertelindring. Undervisning er et tiltak som fremstod effektivt i forskningen, med klar forbedring på pasienter smertebehandling etter sykepleier mottok dette. Teori og forskning viser at sykepleierne trenger brede kunnskaper om smerte som fenomen, og individuelle forskjeller, hvordan data kan samles, og hvordan bruken av kartleggingsverktøy kan bidra til en mer tilpasset behandling. Det kommer også frem at både de medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltakene som gjøres for å lindre postoperativ smerte er en viktig del av sykepleierens oppgaver, samt at det er mangler innenfor sykepleierens evne til

dokumentasjon. I Drøftingskapittelet diskuteres det om undervisning innenfor temaer som; viktighet av dokumentasjon, hvordan dokumentere, hvordan pasienter opplever smerte og, hvordan ulik behandling fungerer, kan bidra til å øke kunnskapsnivået hos sykepleierne. Bruken av kartleggingsverktøy i den individuelle vurderingen diskuteres også i kapittel 5.1

Resultatene fra forskningen viser at sykepleierens individuelle holdninger er en av faktorene som påvirker kvaliteten på den postoperative smertelindringen som pasienter mottar. Sykepleierens innstilling til pasienters smerter, dårlig tro på pasientenes egne vurderinger, samt normer og forventninger på avdelingene kommer tydelig frem som viktige punkter innenfor sykepleierens holdninger. I drøftingen vurderes det om dårlig tro på pasientens egne vurderinger kan være en grunn til at sykepleierne ikke vil anvende kartleggingsverktøy, og bedre tillit til pasienten vil forbedre både kvaliteten på vurderingen og behandlingen. Undervisning om smerte som et individuelt fenomen, samt mer refleksjon rundt egne holdninger er av tiltakene som sees på i kapittel 5.2

Innenfor temaet sykepleiers kommunikasjon med pasienter viste de inkluderte forskningsresultatene til at sykepleiere ofte valgte å unngå direkte spørsmål til pasienten om smerte, og at pasientene sjelden selv tok kontakt på bakgrunn av smerter grunnet mangelfull informasjon på hvor vondt det var greit at de hadde. Dette viser at det er en kommunikasjonssvikt og diskuteres i drøftingskapittelet ved å se på pasient-sykepleierforholdet utfra tillit og hvordan de enkelte individenes egne erfaringer fra tidligere i behandling påvirker den nåværende situasjonen. utfordringer med den profesjonelle kommunikasjonen er også noe som tas opp i underkapittel 5.3, og kapittelet konkluderes med å fremheve viktigheten av at sykepleieren tar ansvar for å klargjøre forventninger og bringe pasienten nødvendig informasjon for smertelindring.

KILDEHENVISNING

- Bach, A. M., Forman, A. & Seibaek, L. (2018). Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. *Pain Management Nursing*, 19(6), 608-618.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.05.005>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2020). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 309-380). Gyldendal akademisk.
- Braut, G. S. (2019). *Sengepost*. Store Norske Leksikon. Hentet 11. Mars 2021 fra <https://sml.snl.no/sengepost>
- Cui, C., Wang, L. X., Li, Q., Zaslansky, R. & Li, L. (2018). Implementing a pain management nursing protocol for orthopaedic surgical patients: Results from a PAIN OUT project. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(7-8), 1684-1691.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14224>
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dequeker, S., Van Lancker, A. & Van Hecke, A. (2018). Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *J Adv Nurs*, 74(1), 160-171. <https://doi.org/10.1111/jan.13395>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
Epistemonikos. *About Epistemonikos database*. Hentet 10. Februar 2021 fra https://www.epistemonikos.org/en/about_us/who_we_are
- Felix, M. M. d. S., Ferreira, M. B. G., da Cruz, L. F. & Barbosa, M. H. (2019). Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 20(1), 3-9.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.014>
- Ferrel, B. & McCaffery, M. (2014). *Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain*.
<https://prc.coh.org/Knowldege%20%20%26%20Attitude%20Survey%207-14.pdf>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Heggestad, A. K. T. (2018). *Etikk i klinisk sykepleie*. Det Norske Samlaget.
- Heikkilä, K., Peltonen, L.-M. & Salanterä, S. (2016). Postoperative pain documentation in a hospital setting: A topical review. *Scandinavian Journal of Pain*, 11(1), 77-89.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.sjpain.2015.12.010>
- Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelig metoder* (2. utg., s. 37-49). Nyt Nordisk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2015a). Sykepleie - Kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-195). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2015b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnlegende sykepleie Bind 1* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). (2015). *Grunnlegende sykepleie 1* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, N., Halse, A.-K. & Ørn, S. (2017). Sykdom i bevegelsesapparatet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- legeforeningen, D. n. (2009). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. Hentet 05. Mars 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>
- Norsk Helseinformatikk. (2019). *Ortopedisk utredning*. Hentet 26. Januar 2021 fra <https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/undersokelser/ortopedisk-utredning/>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2020). *Postoperativ smertebehandling*. Hentet 27. Januar 2021 fra https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.1/Postoperativ_smertebehandling
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 3. Januar 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2003). *Smerte- Fenomen og forståelse*. Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Schneider, M. A. (2018). The Effect of Listening to Music on Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients. *J Holist Nurs*, 36(1), 23-32. <https://doi.org/10.1177/0898010116677383>
- Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P. & Pedersen, B. D. (2016). Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *J Clin Nurs*, 25(5-6), 836-845. <https://doi.org/10.1111/jocn.13121>
- Strand, K. & Nakstad, A. R. (2017). Pre-, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Taylor, C. Y., Jiunn-Jye, S., Huey-Shys, C., Glassman, T. & Dake, J. (2017). CE. Predictors of Nurses' Intentions to Administer As-Needed Opioid Analgesics for Pain Relief to Postoperative Orthopaedic Patients in the Acute Care Setting. *Orthopaedic Nursing*, 36(6), 392-401. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000400>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Warren Jr, K. G., Froehlich, M. & Feldman, D. L. (2019). The Role Multimodal Pain Management Plays With Successful Total Knee and Hip Arthroplasty. *Topics in geriatric rehabilitation*, 35(1), 42-54. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000215>

VEDLEGG

Vedlegg 1:

Søketabell CINAHL:							
Søkedato:	Søk nr:	Søkeord:	Avgrensning	Antall treff	Lest abstract:	Lest artikkel:	Artikler inkludert:
29.01.2021	1	“nurse role” OR “nursing role” OR “nurse education” OR “nurse intervention” OR “Nursing practice” AND “Postoperative Pain”	‘Publisert etter 2015’ ‘Research Article’	34	14	6	4
05.02.2021	2	“Patient experience” OR “Patient Satisfaction” AND “Postoperative Pain” AND “Nurs*”	‘Publisert etter 2015’	64	25	13	4

Vedlegg 2:

Søketabell Epistemonikos							
Søkedato:	Søk nr:	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Lest abstract	Lest artikkel	Artikler inkludert
20.01.2021	1	“Nurs*” AND “Postoperative pain”	‘Siste 5 år’	50	6	2	1