

Postoperativ smertelindring

Hvordan påvirker sykepleiers kunnskap og holdninger den medikamentelle smertelindringen til postoperative pasienter?

Kandidatnummer: 473, 477
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8964
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

Tittel:

Postoperativ smertelindring

Problemstilling

Hvordan påvirker sykepleiers kunnskap og holdninger den medikamentelle smertelindringen til postoperative pasienter?

Teoretisk perspektiv

Postoperative smerter er et stort problem blant pasienter innlagt ved norske sykehus. Sykepleier tilbringer mest tid med pasienten, og anses derfor som hjørnesteinen i postoperativ smertebehandling. Teorien som blir presentert tar utgangspunkt i sykepleiers behandlende funksjon og vedkommendes ansvar i den postoperative smertebehandlingen. Videre blir begrepene kunnskap og holdninger presentert og forklart. Deretter fremlegges formålet med den medikamentelle smertelindringen, herunder konsekvenser av å både få og ikke få smertestillende. Joyce Travelbees sykepleieteori, med hennes syn på den mellommenneskelige relasjonen i sykepleien, samt viktigheten av kommunikasjonsferdigheter og å se pasienten som et unikt individ, står i fokus for oppgaven. I tillegg presenteres aktuelle juridiske og etiske føringer gjennom kapitlet.

Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor relevant teori, fag- og forskningslitteratur er inkludert. Det er gjennomført strukturerte artikkelsøk i søkemotoren Google Scholar og databasen CINAHL. Resultatet av artikkelsøkene er fem forskningsartikler som er inkludert for å besvare problemstillingen. Øvrig faglitteratur, samt kildekritikk av fag- og forskningslitteratur fremlegges også i metodedelen.

Drøfting

Problemstillingen drøftes i lys av forskningsartiklenes funn, samt det teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlaget. Innledningsvis drøftes smerte som subjektiv følelse, da dette danner grunnlaget for god postoperativ smertelindring. Deretter drøftes det hvordan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirker den medikamentelle smertelindringen til postoperative pasienter.

Konklusjon

Individuelt tilpasset sykepleie er sentralt for god postoperativ smertebehandling. Det viser seg at sykepleiere har manglende kunnskap knyttet til medikamentenes virkningsmekanismer, og dette kan resultere i utilstrekkelig smertelindring. Kunnskap alene er derimot ikke alt. Sykepleier må legge egne holdninger til side, slik at vedkommende evner å se pasientens emosjonelle, så vel som fysiske behov. På denne måten vil man kunne oppnå best mulig smertebehandling for den enkelte pasient.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 <i>Problemstilling</i>	2
1.2 <i>Avgrensning og presisering av problemstilling</i>	2
2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1 <i>Sykepleiers rolle og ansvar</i>	3
2.2 <i>Sykepleieteori</i>	3
2.3 <i>Kunnskap og holdninger</i>	4
2.4 <i>Postoperativ smertelindring</i>	5
3. Metode	8
3.1 <i>Litteratursøk</i>	8
3.2 <i>Annen fag- og forskningslitteratur</i>	13
3.3 <i>Kildekritikk</i>	13
4. Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1 <i>Syntese</i>	17
4.2 <i>Artikkelmatrise</i>	18
5. Diskusjon.....	23
5.1 <i>Smerte som subjektiv følelse</i>	23
5.2 <i>Kunnskap og holdninger</i>	26
6. Konklusjon.....	33
Referanseliste	34
Vedlegg 1	39
Vedlegg 2	40

1. Innledning

Hvert år gjennomgår om lag én av ti nordmenn kirurgi (Norsk pasientregister, 2019)(se vedlegg 1). En betydelig andel av disse opplever moderate til sterke smerter postoperativt (Fredheim et al., 2011). Målet for den postoperative smertebehandlingen er å lindre pasientens smerter, samt å bedre vedkommendes livskvalitet (Den norske Legeforening, 2009). Postoperativ sykepleie forutsetter derfor sykepleiefaglige bakgrunnskunnskaper, spesifikke kunnskaper om smerte, samt god kommunikasjon for å skape et samarbeid med pasienten (Bache et al., 2019, s.693). Kraftige smerter postoperativt kan ses i sammenheng med utviklingen av kroniske smerter. Hele 10% av pasientene som gjennomgår kirurgi ender opp med plagsomme, langvarige smerter. God postoperativ smertebehandling har videre betydning for pasientens tilfredshet, og har vist å fremme mobilisering, redusere liggetiden og forebygge postoperative komplikasjoner. (Fredheim et al, 2011). Vi som sykepleiere tilbringer mest tid med pasienten, og har derfor en unik rolle og mulighet til å oppnå et tett samarbeid med vedkommende. Det er også vår arbeidsoppgave å administrere medikamenter og evaluere effekten av disse. Dette vises også gjennom sykepleiers behandlende funksjon, og baserer seg på å fjerne eller redusere pasientens problemer. (Kristoffersen et al., 2016, s.18). Av den grunn betraktes sykepleier som hjørnesteinen i den postoperative smertelindringen (McCaffery & Beebe, 1996, s.13), og gjør at vi anser temaet som svært sykepleiefaglig relevant og aktuelt for vårt arbeid som kommende sykepleiere.

Ut fra egne erfaringer på kirurgiske sengeposter har vi opplevd at pasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring. Ved behovsmedikasjon har vi observert at laveste dose ofte gis, til tross for liten eller ingen effekt på smertene. Samtidig opplever vi et stort fokus rundt risikoen for respirasjonsdepresjon og avhengighet knyttet til bruk av opioider, både i sykepleierutdanningen og i praksis. Undersøkelser peker på at denne frykten for avhengighet og respirasjonsdepresjon også er vanlig generelt i befolkningen (Bache et al., 2019, s.703). Oppgavens formål er, på bakgrunn av dette, å undersøke hvordan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirker den postoperative smertelindringen som utføres i praksis.

1.1 Problemstilling

Hvordan påvirker sykepleiers kunnskap og holdninger den medikamentelle smertelindringen til postoperative pasienter?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Bacheloroppgaven er avgrenset til voksne postoperative pasienter innlagt på kirurgisk sengepost på sykehus, og sykepleiere som jobber ved disse sengepostene. Videre er den avgrenset til medikamentell smertelindring av akutte postoperative smerter i tidsrommet fra pasienten kommer tilbake på sengepost og frem til utskrivelse. Hvilket kirurgisk inngrep som har blitt gjennomført er ikke hensyntatt. Basert på oppgavens omfang fokuseres det ikke på ulike behandlingsmetoder og konkrete medikamenter knyttet til smertelindringen. Som følge av problemstillingen er pre- og peroperativ medikamentell behandling, kroniske smerter samt ikke-medikamentelle tiltak ekskludert.

Årsaken til valg av kontekst er sykepleiers sentrale og relativt selvstendige rolle i å administrere og vurdere effekt av forordnet medikasjon til pasienter innlagt på kirurgisk sengepost. Vi ønsker å undersøke sykepleiers kunnskap og holdninger knyttet til postoperativ smertelindring. Derfor har vi valgt målgruppen voksne pasienter, da vi tenker det er viktig å inkludere alle kjønn, livsstiler og type operasjoner, samt det brede aldersspennet vi finner blant denne pasientgruppen. Ved å gjøre dette kan man få et innblikk i hvilken betydning sykepleier har for tilstrekkelig smertelindring.

2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet vil vi presentere relevant teori som kan bidra til å belyse problemstillingen. Utvalget av teori inkluderer sykepleiers rolle og ansvar, samt Travelbees sykepleieteori med fokus på den mellommenneskelige relasjonen, hvor kommunikasjonsferdigheter står sentralt. Videre hva vi legger i begrepene kunnskap og holdninger, og til slutt formålet med postoperativ smertelindring. I tillegg er relevante juridiske og etiske føringer inkludert i kapitlet. Denne teorien vil gi oss en bedre forståelse og danne grunnlag for drøfting i kapittel 5.

2.1 Sykepleiers rolle og ansvar

Personer som mottar sykepleie har krav på å få ivaretatt sine grunnleggende behov, og dette bør derfor være hovedfokuset i all sykepleie. I klinisk praksis vil sykepleier ha en sentral rolle i den medikamentelle smertelindringen, grunnet tett samarbeid med pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.22). Samarbeidet begynner tidlig i forløpet, og varer kontinuerlig til alle døgnets tider, inntil pasientens behandling avsluttes. Gitt denne rollen har sykepleier en unik mulighet til å oppnå innsikt i hvordan smertene påvirker pasienten, og dermed kunne identifisere tegn på endringer, igangsette tidlig intervensjon, evaluere effekten av smertelindringen, samt dokumentere denne (Bache et al., 2019, s.692). I følge helsepersonelloven (§39, 1999) har sykepleiere plikt til å fortløpende dokumentere pleien som gis. God dokumentasjon gir god kvalitet og kontinuitet i sykepleien, og sørger for pasientsikkerhet gjennom å fungere som skriftlig kommunikasjon mellom sykepleierne. En slik metode å arbeide på blir kalt sykepleieprosessen, og har som mål å gi best mulig behandling til pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.22). Sykepleieprosessen er utgangspunktet for sykepleiers behandlende funksjon, som retter seg mot å fjerne eller redusere pasientens problemer (Kristoffersen et al., 2016, s.18).

2.2 Sykepleieteori

Joyce Travelbees sykepleieteori er bygget på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, hvor pasientens opplevelse og erfaring står i fokus. Hun sier at sykepleieperspektivet bør være preget av fokus på samhandling mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s.29-31). Teorien legger vekt på sykepleiers reaksjon og håndtering av pasienter med smerter, og Travelbee stiller seg særlig kritisk til utviklingen av “mental målestokk”. Det vil si en

generalisering av det postoperative forløpet knyttet til pasientens diagnose. Videre sier hun det viktigste er å kjenne til pasientens egne opplevelser av sin situasjon, og godta denne opplevelsen som gyldig. Travelbee sier at smerte er et vagt begrep, fordi smerten i seg selv ikke lar seg observere. Det er omtrent umulig å formidle opplevd smerte slik at andre skal forstå hva det innebærer for den enkelte. Dette gjør at det også er vanskelig å skulle vurdere graden eller intensiteten av andres smerter. (Travelbee, 2001, s.112-115).

Kommunikasjon kan defineres som en måte å formidle informasjon mellom mennesker, i form av verbale og non-verbale tegn (Eide & Eide, 2017, s.17). Informasjonsutvekslingen kan både være direkte og indirekte. En direkte kommunikasjonsform er tydelig og klar, og gir pasienten mulighet til å uttrykke sine tanker og følelser knyttet til situasjonen. Indirekte kommunikasjon bærer ofte preg av å være tvetydig, og skaper dermed rom for fortolkninger. (Eide & Eide, 2017, s.242). For å danne en mellommenneskelig relasjon, er gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier essensielt. Slike ferdigheter innebærer at kommunikasjonen er direkte, personorientert og med et faglig grunnlag. (Eide & Eide, 2017, s.16; Travelbee, 2001, s.136). For å bli kjent med pasienten og dens individuelle behov, må sykepleier sette pasienten i fokus og være mottakelig for det vedkommende opplever. Hvordan sykepleier reagerer på pasientens non-verbale uttrykk og hint vil være avgjørende for utviklingen av trygghet i relasjonen (Eide & Eide, 2017, s.135). Det kreves en evne til å ikke kategorisere og sette merkelapp på pasienten. “Det er innlysende at sykepleieren ikke kan lære den syke å kjenne hvis hun har som utgangspunkt at alle syke mennesker er like” (Travelbee, 2001, s.140). For å finne fram til pasientens individuelle og subjektive følelse av smerte, forutsetter det at sykepleier er aktivt lyttende og tilstede. Slik kan pasienten oppleve å bli sett, hørt og forstått. (Eide & Eide, 2017, s.17). Dersom sykepleier ikke evner å sette pasienten i fokus, vil hun heller ikke kunne ivareta dens behov for sykepleie (Travelbee, 2001, s.153).

2.3 Kunnskap og holdninger

Kunnskap kan forklares ved bruk av ord som lærdom, kjennskap og innsikt. Den enkeltes personlige erfaringer er sentralt for å utvikle kunnskap. Begrepet kunnskap er nært tilknyttet begrepet kompetanse, og innebærer å være kvalifisert til å ta egne beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjonsområde. Sykepleie er et kunnskapsbasert yrke, og utdanningen består av ulike former for kunnskap. Når sykepleier tar i bruk ulike kunnskapskilder i sin

praksis kalles det kunnskapsbasert praksis. Det omhandler å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap integrert med kliniske erfaringer og pasientens egne ønsker og behov. Formålet med en slik yrkesutøvelse er at sykepleier styrker sitt beslutningsgrunnlag. (Kristoffersen, 2016, s.142-144). At sykepleier skal holde seg faglig oppdatert er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Dette innebærer også at sykepleier skal anvende den oppdaterte kunnskapen i praksis. (Norsk sykepleierforbund, 2019)

“En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen, 2017, s.185). Vi kan ha holdninger til nesten hva som helst, og det innebærer at vi tar et standpunkt og er vurderende eller dømmende i enten positiv eller negativ retning. Dette standpunktet kan ta utgangspunkt i kunnskap og/eller gjennom erfaringer, og påvirkes av mennesker vi identifiserer oss med - som familie, venner eller kollegaer. Holdninger er en del av personligheten vår, og er noe vi har med oss over tid. Å forandre holdninger er ingen enkel prosess, det er ofte et tidkrevende arbeid som koster noe å gjennomføre for den enkelte. (Håkonsen, 2017, s.185). Pasienten kan ha holdninger og verdier som strider imot våre egne. McCaffery og Beebe (1996, s.19) hevder at smertefølelsen er subjektiv, og at det derfor kan være forståelig at helsepersonell legger personlige holdninger og vurderinger til grunn i utførelsen av den postoperative smertebehandlingen. De understreker likevel at ulikheter ikke skal påvirke pleien som gis, at det er sykepleiers faglige ansvar å behandle alle med respekt, og at en eventuell tvil skal komme pasienten til gode. Dette fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleien som utøves skal være omsorgsfull og barmhjertig, samt bygge på respekten for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2019). Alle mennesker har krav på de samme rettighetene, uten at det gjøres forskjeller basert på eksempelvis rase, kjønn, språk eller religion (De forente nasjoner, 1948).

2.4 Postoperativ smertelindring

Ifølge Den norske legeforening (2009) er smerter alltid subjektivt og defineres som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Videre påpeker McCaffery og Beebe (1996) at “smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det”.

God postoperativ sykepleie innebærer adekvat smertelindring. Formålet med behandlingen av postoperative smerter er først og fremst å opprettholde pasientens fysiske, emosjonelle og sosiale livskvalitet (Lunn et al., 2019, s.185). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Slik faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp er også forankret i lovverket gjennom helsepersonelloven §4 (1999). Ubehandlete smerter vil foruten å påføre pasienten lidelse, bidra til å øke risikoen for komplikasjoner og dødelighet postoperativt. Dette innebærer redusert ventilasjon og hostekraft, venetromboser og redusert tarm- og blærefunksjon, i hovedsak som følge av redusert fysisk aktivitet og dermed forsinket rehabilitering. I tillegg kan det utgjøre en risiko for utvikling av kroniske smerter. (Bache et al., 2019, s.703). Pasienten har rett på tilstrekkelig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, samt mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen de mottar (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, 1999).

Det overordnede prinsippet for postoperativ smertelindring bør ta utgangspunkt i smertetrappen, hvor paracetamol og NSAIDS er grunnbehandlingen. Opioider utgjør hjørnesteinen i postoperativ smertelindring ved moderate til alvorlige smerter, og individualisert opioidbehandling kan suppleres i alle trinnene av smertetrappen. Størrelse på det kirurgiske inngrepet, kombinert med forventet eller faktisk postoperativ smerteintensitet, trapper opp smertelindringen. Dette må ikke overskygge det faktum at postoperativ smertebehandling bør være individuelt tilpasset og ta hensyn til pasientens ønsker. (Berntzen et al., 2016, s.361; Lunn et al., 2019, s.192-199). Pasienter har en lovfestet rett til å yte brukermedvirkning ved valg av forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) skal det legges stor vekt på hva pasienten mener og ønsker rundt sin behandling.

Opioider har potensielt alvorlige bivirkninger som respirasjonsdepresjon, samt sedasjon, svimmelhet, kvalme og obstipasjon (Lunn et al., 2019, s.192-199). I tillegg står pasienter med langvarige smerter som behandles med opioider i fare for å utvikle avhengighet. Restriktiv rekvirering og bruk av opioider er derfor ønskelig. (Helsedirektoratet, 2020). En frykt for opioider, såkalt opiofobi, er utbredt i befolkningen, og forekommer både hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Blant pasienter gjelder det hovedsakelig bekymringen for

avhengighet, og ses gjerne i form av underrapportering av smerter. Frykten for en rekke bivirkninger er også utbredt blant helsepersonell, hvorav frykten for respirasjonsdepresjon er dominerende. (Bache et al., 2019, s.703).

3. Metode

Vi har skrevet en litterær oppgave ved å ta i bruk litteratursøk som metode (Dalland, 2020, s.187). Metodekapitlet har til hensikt å vise hvordan vi har kommet frem til og fag- og forskningslitteratur som kan svare på problemstillingen, samt gi en begrunnelse for valget av litteraturen (Dalland, 2020, s.197).

For å besvare oppgaven er det tatt utgangspunkt i både kvantitative og kvalitative studier. Vi mener at en kombinasjon av disse metodene utfyller hverandre, og vil gi oss best mulig svar på problemstillingen. Vi ønsker å se det store bildet ved å undersøke sykepleierne som en helhet, men samtidig inkludere kvalitative data for å få sykepleiers stemme inn i oppgaven vår. På denne måten oppnår vi både bredde- og dybdeforståelse. Kvantitativ metode har den fordel at den gir svar i målbare enheter. Metoden gir mulighet til å generalisere resultatene fra undersøkelsesenheter til å være representative for en større gruppe. Kvalitativ metode har til hensikt å undersøke meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle. Metoden gir mulighet til å utforske og forstå detaljer rundt et emne eller problem der man ikke har kjennskap til gruppens holdninger eller meninger. (Dalland, 2020, s.54-55)

3.1 Litteratursøk

For å finne relevant forskningslitteratur til bacheloroppgaven har vi anvendt søkemotoren Google Scholar og databasen CINAHL. Da vi begynte arbeidet med oppgaven var vi ikke fast bestemt på oppgavens tema og problemstilling. Vi ønsket derfor først å få et overblikk over litteratur som fantes om sykepleiers holdninger til smertelindring, før vi eventuelt dykket videre ned i forskningslitteratur på temaet. Vi tok derfor utgangspunkt i Google Scholar, som dekker de fleste akademiske tidsskrifter. På denne måten var søkemotoren nyttig i utforskningen av temaet på veien mot problemstillingen, og gjorde det enklere for oss å foreta videre litteratursøk i databaser. Vi søkte på “Sykepleiers holdninger til smertelindring”, og artikkelen til Granheim et al. (2015) var den andre som kom opp i søket. Denne artikkelen fanget interessen vår, og gjorde at vi ønsket å finne mer forskning på temaet. I tillegg viste den hvor tett sykepleiers holdninger henger sammen med kunnskap, og vi valgte derfor å implementere denne delen i oppgaven vår og utarbeidet en foreløpig problemstilling.

Videre gjennomførte vi litteratursøk i den internasjonale databasen CINAHL, som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Vi systematiserte litteratursøket ved hjelp av PICO-skjema basert på nøkkelord i problemstillingen og key words i artikkelen fra Granheim et al. (2015) (se vedlegg 2). Ved å kombinere MeSH-termene “Surgical patients” AND “Nursing assessment” AND “Postoperative pain”, kom vi fram til artikkel 2. Ved dette litteratursøket i CINAHL fikk vi 86 treff, og vi benyttet oss derfor av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søket. På denne måten kunne vi finne litteratur knyttet opp mot oppgavens problemstilling. Vi begynte med å avgrense søket til å omhandle forskningsartikler. Grunnet egne språkkunnskaper ble søket avgrenset til norsk, svensk, dansk og engelsk. Videre ble søket avgrenset til tidsperioden 2000-2020. Til tross for at artiklene kunne være nærmere 20 år gamle, ønsket vi ikke å utelukke disse på forhånd. Dette fordi vi ønsket å undersøke om artiklene fortsatt var relevante, og om det hadde skjedd en utvikling innen fagfeltet. På bakgrunn av oppgavens kontekst har vi avgrenset til voksne over 18 år, da det er disse man treffer på ordinære kirurgiske sengeposter. Barn under 18 år er derfor ekskludert.

Artikkel 2 ga oss et solid grunnlag for videre litteratursøk etter relevante artikler. Vi tok i bruk MeSH-termer fra artikkelen, samt inkluderte søkeordet “Patient Satisfaction”, da vi mente dette kunne gi en annen innfallsvinkel på vår problemstilling. Litteratursøket i CINAHL resulterte i 210 treff. Vi gjorde tilsvarende avgrensninger som for artikkel 2, og satt deretter igjen med 40 treff i søket etter artikkel 3.

De to siste litteratursøkene har blitt gjort underveis i skriveprosessen. Årsaken til dette var at vi underveis fikk bedre oversikt over hva vi manglet for å kunne svare godt på problemstillingen. I søket etter artikkel 4 ønsket vi å undersøke hvordan sykepleiers kunnskaper hadde innvirkning på yrkesutøvelsen. Vi inkluderte derfor søkeordet “Nursing Knowledge”. Vi avgrenset søket til forskningsartikler fra Europa som var utgitt de siste 20 årene, og satt igjen med kun tre treff. For at vi skulle evne å svare på hele problemstillingen vår, ønsket vi også en artikkel som i større grad tok for seg sykepleiers holdninger til smertelindring. Av den grunn ble søkeordet “Nurse Attitudes” anvendt i søket etter artikkel 5. Vi gjorde deretter liknende avgrensninger som i de tidligere søkene, og satt til slutt igjen med 11 artikler.

For å finne frem til relevant forskning vurderte vi først artiklenes overskrifter. Dersom de virket relevante for vår problemstilling leste vi abstraktene. For å sørge for overføringsverdi til norsk helsevesen, valgte vi systematisk kun ut forskning fra skandinaviske land. Disse

landene har store likhetstrekk med velferdsordningene i Norge, i motsetning til velferdsmodeller vi finner i land som blant annet USA, men også i andre europeiske land (Christensen & Berg, 2019). Artiklene som etter dette virket aktuelle ble tatt med til videre vurdering. Innholdet i disse artiklene ble skimlest, og videre sett i lys av inklusjonskriteriene våre. På den måten satt vi igjen med noen artikler som vi leste i sin helhet. Etter å ha gjort dette på en kritisk måte satt vi igjen med de utvalgte artiklene. De utvalgte artiklene belyser oppgavens problemstilling på forskjellige måter grunnet studienes ulike innhold og metode. Vi plukket dermed ut de fem inkluderte studiene med en tanke om at de ville bidra til å styrke oppgavens faglige innhold. For å kvalitetssikre de utvalgte artiklene sjekket vi om de var fagfellevurderte, og benyttet sjekklister for kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1: Litteratursøk							
Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	30.09.20	Google Scholar	Sykepleiers holdninger til smertelindring	1260	2015-2020	307	Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien forskning</i> , 10(4), 326-334. https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.55983
2	12.11.20	CINAHL	Surgical Patients AND Nursing Assessment AND Postoperative Pain	86	Research article Publiseringsdato: 2000-2020 Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk Aldersgrupper 18 år+ Geografisk avgrensning: Europa	11	Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15(4), 469-79. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x
3	12.11.20	CINAHL	Postoperative Pain - Drug Therapy AND Analgesics AND Attitude to Health AND Patient Satisfaction	210	Research article Publiseringsdato: 2000-2020 Geografisk avgrensning: Europa Aldersgrupper 18 år+	40	Lorentzen, V., Hermansen, I.L. & Botti, M. (2011). A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. <i>European Journal of Pain</i> , 16(2), 278-88. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.004

4	02.02.21	CINAHL	Postoperative Pain AND Nursing Knowledge AND Nursing Assessment	13	Research article Publiseringsdato: 2000-2021 Geografisk avgrensning: Europa	3	Lien, T., Hanssen, I. & Andenæs, R. (2010). "Between a rock and a hard place". Newly graduated nurses' assessment of postoperative pain. <i>Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning</i> , 12(3), 3-14.
5	16.02.21	CINAHL	Postoperative Pain AND Nurse Attitudes AND Analgesics	45	Research article Publiseringsdato: 2000-2021 Geografisk avgrensning: Europa	11	Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? <i>Sykepleien forskning</i> , 6(3) s.254-261. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0167

3.2 Annen fag- og forskningslitteratur

For å finne annen relevant faglitteratur til oppgaven, benyttet vi oss av Oria, som er en søkemotor for bibliotekets ressurser, med både bøker og artikler. Vi har tatt i bruk pensum fra dette og tidligere emner, for å hjelpe oss med å beskrive sykepleiers funksjon og rolle. I tillegg har vi anvendt nettsider som Lovdata og Norsk sykepleierforbund for å finne juridiske og etiske føringer for sykepleieutøvelsen. Under søkeprosessen med å finne de utvalgte forskningsartiklene, fant vi også annen relevant forskningslitteratur. Tilleggsartiklene ble valgt ut på bakgrunn av at de kunne bidra til å understøtte og utdype forskningsfunnene fra hovedartiklene, og dermed styrke besvarelsen.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere litteraturen vi har funnet til oppgaven, samt reflektere over dens relevans og gyldighet når det gjelder å belyse vår problemstilling (Dalland, 2020, s.152). Kapitlets hensikt er å la leseren ta del i våre refleksjoner rundt litteraturens styrker og svakheter, og vise at oppgaven er forankret i faglig anerkjent litteratur og har et tydelig sykepleiefaglig perspektiv.

Granheim et al. (2015) er en norsk studie utført ved fem ulike kirurgiske sengeposter på et av landets universitetssykehus. Forskningen er skrevet på norsk, og sørger for at våre språkkunnskaper ikke er en barriere for forståelsen av innholdet. At forskningen er utført på ulike avdelinger er med å styrke studien og dens relevans for vår problemstilling, da man får innblikk i sykepleieutøvelse til ulike pasientgrupper. Samtidig er det en svakhet i at den kun er utført på et sykehus, da praksisen der kan vike fra praksisen på andre sykehus. Styrken ved metoden i forskningen, tverrsnittsundersøkelse, er at det er mange deltagere som vil gi et bredt utvalg og derfor kunne være representativt for sykepleieryrket. I tillegg gir studien målbare tall. Svakheten med en slik forskning er at det kun gir et øyeblikksbilde, og man følger ikke deltakerne over tid. Når sykepleierne svarer på spørreskjema, vil det være naturlig at man tenker seg mer om, og derfor kan svare annerledes enn det man muligens ville utført i praksis.

Studien til Dihle et al. (2006) er en kvalitativ studie gjennomført ved to ulike sykehus i Norge, hvor totalt ni sykepleiere deltok. At studien er utført i Norge gir overføringsverdi til vår oppgave, men det kan tenkes at det smale utvalget av deltakere likevel kan ha begrenset generaliseringen av forskningsresultatene. Sykepleierne ble strategisk valgt ut for å innhente så mye informasjon som mulig om smertelindring på sykehusavdelingene. Utvalget er basert på sykepleiere som interesserer seg for temaet og er godt kjent med rutinene for smertelindring. Det kan tenkes at sykepleierne da også besitter kunnskaper, som igjen danner grunnlag for bedre smertelindring enn den generelle sykepleier som ikke har erfaring fra området. Datainnsamlingen besto av observasjon med påfølgende intervju av sykepleierne, for at de kunne reflektere over egen utøvelse av postoperativ smertelindring. At sykepleierne visste at de ble observert og intervjuet kan være en svakhet ved studien, da dette kan ha økt bevisstheten deres rundt egen yrkesutøvelse. Derimot ble hver sykepleier observert i omkring 40 timer, som kan gi et mer reelt bilde av sykepleieutøvelsen. At studien er fra 2006 kan i utgangspunktet ses som en svakhet, men siden nyere forskning ikke viser tydelige tegn til endringer på området, anser vi forskningen som relevant for vår oppgave. Studien belyser problemstillingen ved å gi oss en dypere forståelse av sykepleiernes egen utøvelse av sykepleie, og deres kunnskaper.

Studien til Lorentzen et al. (2011) er en tverrsnittstudie utført ved et enkelt regionalt sykehus i Danmark, og er derfor ikke nødvendigvis representativ for andre sykehus. Likevel anser vi studien til å ha overføringsverdi da helsevesenet i Danmark har likhetstrekk med det vi har i Norge (Christensen & Berg, 2019). Studien inkluderer 424 pasienter innlagt ved fire ulike kirurgiske avdelinger. Studien hadde en responsandel på 74%, og anses derfor for å være tilfredsstillende (Helsebiblioteket, 2016). Grunner til å ikke delta i forskningen var blant annet kognitiv og psykisk status, kommunikasjonsbarrierer, ufullstendige svar, samt noen som nektet. At disse ble ekskludert gjør at vi anser studien som mer pålitelig, da pasientene som ble intervjuet hadde forutsetninger for å delta og svare adekvat. I tillegg er datainnsamlingen standardisert, det er tatt i bruk validerte internasjonale spørreskjemaer, og intervjuene er gjennomført av eksterne. Dette er alle faktorer som styrker studien. At medikamentkurvene fra de siste 24 timene er hentet inn før intervjuet fant sted, er med på å vise sammenheng mellom smertene pasientene opplever og smertelindringen sykepleierne utøver i praksis. Metoden som er tatt i bruk anses å være god for å undersøke denne sammenhengen (Helsebiblioteket, 2016). Samlet sett bidrar dette til at studien er relevant for vår oppgave, da

sykepleier har en sentral rolle i behandlingen av pasientenes postoperative smerter, noe som også inkluderer administrering av tilgjengelig analgetika.

Studien til Lien et al. (2011) er en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer av nyutdannede sykepleiere utført ved én kirurgisk avdeling ved et større sykehus på Østlandet. På den ene siden styrker dette studien ved å gi dybdekunnskap om sykepleiernes vurderinger av den postoperative smerten. På den andre siden betyr dette at studien ikke nødvendigvis er representativ for andre kirurgiske avdelinger. Med unntak av én deltaker var alle utdannet ved norske høyskoler. Vi mener dette styrker overføringsverdien til vår oppgave. Studien utforsker hvilken innvirkning avdelingens kultur og holdninger har for sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring, og svarer derfor direkte på vår problemstilling.

Studien til Leegaard et al. (2011) er en kvalitativ studie utformet ved bruk av fokusgruppeintervjuer og spørreskjemaer. En slik metode har til hensikt å få bedre forståelse av sykepleiernes kunnskap og holdninger til smertelindring. Studien inkluderer sykepleiere fra én hjertekirurgisk sengepost i Oslo. At studien er gjennomført innenfor et spesialisert fagområde, kan ha betydning for utførelsen av smertelindringen, og dermed svekke overføringsverdien. Fokusgruppeintervjuene ga kvalitative data om hva sykepleierne selv mente de trengte av kunnskaper om smerte og smertebehandling for å smertelindre pasientene etter kirurgi. Spørreskjemaene ble utviklet for å supplere fokusgruppeintervjuene, med hensikt å fange opp sykepleiernes kunnskap og holdninger. Studien styrkes av deltakernes varierende arbeidserfaring, med alt fra ett til 26 år. Studien avdekker sykepleiers kunnskaper om smerter og medikamentell smertelindring. Av den grunn bidrar resultatene til å svare på delen av vår problemstilling som omhandler sykepleiers kunnskaper.

Vi har benyttet oss av faglitteratur som har vært pensum for oss som bachelorstudenter ved Lovisenberg diakonale høyskole. Styrken i denne litteraturen er at pensumbøker er vurdert av skolen til å være pålitelige kilder. Nyere faglitteratur henviser også til eldre forskning, blant annet forskningsartikkelen til Dihle et al. (2006), som vi har benyttet i oppgaven vår. Vi opplever at nyere faglitteratur belyser de samme problemene vi ser i eldre forskning, og det tyder derfor på at forskningen fortsatt er relevant i dag. Vi vil dermed bruke faglitteraturen til å understøtte funnene fra forskningsartiklene. I tillegg har vi lagt merke til at nyere fag- og forskningslitteratur ofte henviser til McCaffery og Beebe (1996). Derfor har vi valgt å

oppsøke og ta i bruk primærkilden for å unngå fortolkninger og at det opprinnelige perspektivet skal ha endret seg (Dalland, 2020, s.152).

“Smerter. Baggrund, evidens og behandling” av Werner et al. (2019) er nyere faglitteratur fra Danmark som brukes aktivt gjennom oppgaven. Boken er skrevet på dansk, noe som kan anses som en svakhet. Vår oversettelse av teksten kan nemlig ha preget forståelsen av teorien, og dermed vår besvarelse.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra litteratursøket som ble beskrevet i kapittel 3. Disse resultatene vil gjengis uten egne tolkninger og vurderinger av forskningsartiklene.

4.1 Syntese

Studien til Granheim et al. (2015) viser et gap mellom teoretisk kunnskap og praksis hos sykepleiere og sykepleierstudenter. Studien avdekker at sykepleierne har gode kunnskaper om smertelindring på enkelte områder, men at det er en generell redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Kunnskapsmangelen kan være en barriere for den medikamentelle smertelindringen av postoperative pasienter, og det presiseres et behov for å øke kompetansen rundt smertehåndtering. Studien til Dihle et al. (2006) viser at det er forskjell på hva sykepleierne sier og gjør når det gjelder postoperativ smertelindring. Sykepleiernes teoretiske kunnskap ser ut til å være tilstede, og viktigheten av kommunikasjon for god smertebehandling uttrykkes. Studien finner at direkte kommunikasjon er best egnet for å avdekke pasientens smerter, men at denne kommunikasjonsferdigheten sjelden blir tatt i bruk. I studien til Lorentzen et al. (2011) fremkommer det at postoperativ smerte er svært vanlig hos pasientene. Studien viser god etterlevelse hos sykepleierne når det kommer til å gi faste medikamenter, men at kun en mindre andel av tilgjengelige behovsmedikamenter tas i bruk. Mange av pasientene har behov for mer smertestillende, men nevner ikke dette for sykepleier. Til tross for dette er de fleste pasientene tilfredse med behandlingen. Studien til Lien et al. (2011) viser at kultur og holdninger på avdelingen er av stor betydning for sykepleiers håndtering av smerter. Det fremkommer at nyutdannede sykepleiere forkaster egen kunnskap til fordel for avdelingens kultur. Mange av sykepleierne opplever at den generelle kunnskapen de har tilegnet seg gjennom utdanningen gir liten faglig tyngde i møte med avdelingen. I studien til Leegaard et al. (2011) fremkommer det at sykepleierne trenger mer kunnskaper om medikamenters virkning og bivirkninger. Det er store individuelle forskjeller i pasientenes opplevelse og håndtering av smerter, og gjør smertelindringen utfordrende for sykepleier. I tillegg fremheves en utfordring knyttet til pasientenes redsel for avhengighet og bivirkninger av smertestillende.

4.2 Artikkelmatrise

Tabell 2: Artikkelmatrise						
Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Granheim, T.H., Raaum, K., Christopher sen, K.-A. & Dihle, A. (2015)	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.	Sykepleien forskning. 2015;10(4): 326-334	Å få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleiestudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie av 165 sykepleiere og sykepleierstudenter ved et norsk universitetssykehus og en høyskole	Studien viser et gap mellom teoretisk kunnskap og praksis hos sykepleiere og sykepleierstudenter. Henholdsvis 96% og 99% visste at det var pasienten selv som best kan bedømme smertene. Likevel gjør sykepleierne og studentene egne vurderinger av pasientens smerter, og tar dermed ikke hensyn til pasientens subjektive bedømmelse. Det er en generell redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet.

2	Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006)	The gap between saying and doing in postoperative pain management.	Journal of Clinical Nursing. 2006;15(4): 469-479	Å forstå hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertelindring i en kirurgisk setting, samt identifisere barrierer for å oppnå optimal postoperativ smertelindring	Kvalitativ metode: Kombinasjon av individuelle dybdeintervjuer og observasjon av 9 sykepleiere på 3 ulike kirurgiske avdelinger ved to norske sykehus	<p>Studien viser at det er forskjell på hva sykepleierne sier og gjør når det gjelder postoperativ smertelindring. Dette til tross for at sykepleieres teoretiske kunnskap ser ut til å være tilstede. I tilfeller hvor denne forskjellen er stor, viser det seg å være en barriere for adekvat smertelindring.</p> <p>Preoperativ informasjon blir kun gitt ved spesiell forespørsel, til tross for at sykepleierne sier at dette gjøres rutinemessig. Det er stor variasjon i hvordan sykepleierne kommuniserer om smerter. Direkte spørsmål fanger opp pasientens opplevde smerte i større grad. Det framkommer også en variasjon i sykepleiernes observasjon av non-verbale uttrykk for smerte. Studien viser at sykepleiere har god kunnskap om medikamentell smertelindring, men at dette ikke praktiseres regelmessig. Studien viser også manglende evaluering og dokumentasjon av gitte medikamenter, særlig peroral medikasjon. Mange av sykepleierne mente at pasientene må forvente litt smerter postoperativt.</p>
---	--	--	--	---	---	--

3	Lorentzen, V., Hermansen, I.L. & Botti, M. (2011)	A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients.	European Journal of Pain. 2011;16(2): 278-288	<p>1. Å avdekke pasientenes smerteintensitet mellom 24-72 timer etter operasjon.</p> <p>2.Sammenhengen mellom pasientens opplevde smerte og smertelindring, med tilfredsheten av sykehusoppholdet.</p> <p>3. Hvor mye av tilgjengelig medikamentell smertelindring pasientene fikk i løpet av de første 48 timene etter operasjon.</p>	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie av 424 voksne pasienter fra 4 ulike avdelinger	Studien fant at 71,9% av pasientene hadde opplevd moderat til alvorlig smerte i løpet av de siste 24 timene. Totalt 83% opplevde smerter i løpet av 48 timer. Faste medikamenter ble gitt i 99% av tilfellene, mens kun 25% av tilgjengelige behovsmedikamenter ble gitt. Blant pasientene som opplevde sterke smerter, ble kun 50% av tilgjengelige behovsmedikamenter tatt i bruk. 73,8% av pasientene nevnte ikke smertene til sykepleier, og 67,3% av disse hadde foretrukket mer smertestillende. Likevel fant studien at 88,4% av pasientene var fornøyde med behandlingen, og peker derfor på at pasienttilfredshet ikke er en indikator man kan stole på når det gjelder kvaliteten på postoperativ smertelindring.
---	---	--	---	--	---	---

4	Lien, T., Hanssen, I. & Andenæs, R. (2010)	Between a rock and a hard place. Newly graduated nurses' assessment of postoperative pain.	Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 2010;12(3): 3-14	<p>Utforske de nyutdannede sykepleierne:</p> <p>1: Vurdering av pasientens postoperative smerte</p> <p>2: Innsats for å øke sine egne faglige kunnskaper</p>	<p>Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervju er av 12 sykepleiere fra en kirurgisk avdeling.</p> <p>Inklusjonskriterium var at sykepleierne hadde maksimum to års erfaring som sykepleier etter endt utdanning.</p>	<p>Avdelingens rutiner og kultur har stor betydning for den enkeltes vurdering og håndtering av smerter. De fleste sykepleierne legger objektive tegn til grunn for sin vurdering av pasientens smerter. Sykepleierne vurderer egen yrkespraksis som større kunnskapskilde enn selve utdanningen. De opplever at den generelle kunnskapen fra utdanningen om smerter og smertelindring gir liten faglig tyngde i møte med avdelingen. Det kan virke som mange forkaster kunnskapen de besitter til fordel for avdelingskultur. Avdelingens kultur fikk stor betydning for sykepleierne videre kunnskapsutvikling. Studien finner at mindre erfarne sykepleiere i større grad gjør vurderinger som samsvarer med pasientens smerteopplevelse. Sykepleierne rapporterer om samarbeidsproblemer i det tverrfaglige teamet mellom leger og sykepleiere, og føler de må være pasientens advokat ved den medikamentelle smertelindringen. Det fremkommer mangel på strukturerte rutiner for smertekartlegging. Stress og forstyrrelser utgjorde barrierer for sykepleierne yrkesutøvelse. Sykepleierne savnet diskusjon og refleksjon rundt pasientsituasjoner. De savnet også faglig oppdatering.</p>
---	--	--	---	--	--	--

5	Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W., & Rustøen, T. (2011)	Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?	Sykepleien forskning. 2011;6(3): 254-261	Kartlegge hvilke kunnskaper som sykepleierne selv mente de trengte for å kunne hjelpe pasienten til å håndtere postoperative smerter etter gjennomgått hjertekirurgi. I tillegg ville forfatterne kartlegge holdninger til smerter og smertebehandling generelt.	Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervjuer og spørreskjema for å samle inn data fra 21 sykepleiere ved en hjertekirurgisk sengepost i Oslo	<p>Pasientenes individuelle forskjeller var en utfordring i smertelindringen. Dette inkluderte en rekke barrierer, som alder, språk og kulturelle forskjeller. I tillegg var redsel for avhengighet og bivirkninger hos pasientene en barriere for smertelindringen. Noen pasienter ga beskjed om smerter, mens andre ventet til smertene var intense før de sa ifra til sykepleier.</p> <p>Sykepleierne opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig handlingsrom for å kunne administrere smertestillende etter pasientens behov.</p> <p>Sykepleierne trenger mer kunnskaper om medikamenter og deres virkningsmekanismer. 75% av sykepleierne visste ikke at pasienter kan sove til tross for sterke smerter. 50% av sykepleierne mente at observerbare endringer i vitale tegn må være grunnlaget for å stole på at en pasient har sterke smerter. Omtrent halvparten av sykepleierne mente at pasienter som har sterke smerter vil vise tydelig tegn på dette.</p>
---	--	--	--	--	--	--

5. Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres hvordan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirker den postoperative smertelindringen, sett i lys av forskning og teori som er inkludert tidligere i oppgaven. Resultatene fra forskningsartiklene brukes til å drøfte og vurdere hvordan funnene svarer på vår problemstilling. På bakgrunn av oppgavens fokus har vi delt inn diskusjonskapitlet i to underkapitler; “smerte som subjektiv følelse” og “kunnskap og holdninger”.

5.1 Smerte som subjektiv følelse

Sentralt i forståelsen av smerte står sykepleiers kunnskap om at smerte er en subjektiv følelse. Dette innebærer at smerten er det som pasienten selv sier at den er (McCaffery & Beebe, 1996), og at sykepleier må godta pasientens egne opplevelse av situasjonen (Travelbee, 2001, s.115). Forsøk på å måle smerter på en objektiv måte vil derfor være hensiktsløst (Werner & Arendt-Nielsen, 2019, s.82). McCaffery og Beebe (1996) påpeker også at atferd og vitale tegn ikke skal danne grunnlag for måling av smerte, men at pasientens egenrapportering er den mest pålitelige faktoren for smerteintensitet. I studien til Granheim et al. (2015) avdekker spørreundersøkelsen at sykepleiere innehar gode kunnskaper om at det er pasienten selv som best bedømmer egen smerteintensitet. Til tross for dette ser man at sykepleierne ikke tar hensyn til pasientenes subjektive rapportering. I et tilfelle der pasienten smilte og rapporterte om smerteintensitet på 8, var det kun 37% av sykepleierne som markerte samme grad av smerteintensitet i pasientens kurve. Dette indikerer at flertallet av sykepleierne betvilte pasientens opplevelse av smerte, og kan begrunnes i pasientens inkongruente kommunikasjon. Med andre ord stemmer ikke pasientens verbale formidling overens med det non-verbale uttrykket. En slik kommunikasjon kan skyldes at pasienten opplever situasjonen som vanskelig. Ved inkongruent kommunikasjon vil det non-verbale uttrykket ofte overskygge det verbale, og risikoen for at sykepleier feiltolker smerteuttrykket blir større. (Eide & Eide, 2017, s.138). Lagde pasienten derimot grimaser stolte flertallet av sykepleierne på pasientens opplevelse og var villige til å gi mer smertestillende (Granheim et al., 2015). En slik overensstemmelse mellom det verbale og non-verbale, såkalt kongruent kommunikasjon, gjør at uttrykket fremstår som ekte. Kongruent kommunikasjon skaper dermed tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Non-verbale uttrykk kan gi mye informasjon om pasientens

følelser og reaksjoner. Likevel er det viktig å påpeke at de non-verbale uttrykkene ofte er flertydige og vanskelige å tolke. (Eide & Eide, 2017, s.137-139). Derfor skal smertebehandlingen utføres på bakgrunn av pasientens egenrapporterte smerteintensitet, og ikke rammene rundt.

Den postoperative smertelindringen er i stor grad avhengig av sykepleiers vurderinger av smerte, da det viser seg at de fleste pasienter er passive mottakere av smertelindring (Eide, 2008, s.357; Lien et al. 2010). At pasientene ikke nevner smertene for sykepleier er en utfordring. I følge Dihle et al. (2006) resulterer dette i at sykepleier kan tolke det som at vedkommende ikke har smerter. Tvert imot ser man at pasienter unngår å etterspørre smertestillende dersom de legger merke til sykepleiernes tidspres i arbeidshverdagen. Pasientene begrunner dette med at de ikke ønsker å plage sykepleierne med ekstra arbeidsoppgaver. I følge Lorentzen et al. (2011) kan også manglende rapportering om opplevde smerter bunne i at pasientene ikke er klar over deres viktige rolle i smertebehandlingen. Sykepleiers fremtreden overfor pasienten er derfor avgjørende for at vedkommende skal si ifra om sine smerter. Den passive pasientrollen, sett i kombinasjon med at flere sykepleiere kommuniserer indirekte om smerter, med spørsmål som "hvordan har du det?", fører til at sykepleierne ikke får kjennskap til pasientens smerteopplevelse (Dihle et al., 2006). Et resultat kan være at pasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret. Dette er problematisk dersom en ser på funnene til Lorentzen et al. (2011). Der fremkommer det at mange av pasientene ville hatt mer smertestillende, men ikke kommuniserer dette til sykepleier. Altså er det helt sentralt at sykepleier kommuniserer direkte om smerte (Dihle et al., 2006). Et funn fra studien er at dersom pasienten fikk direkte spørsmål om smerten og dens karakteristikk, evnet de å uttrykke deres smerter og behov for smertelindring. Dette understøttes av Eide og Eide (2017, s.242), som sier at formålet med direkte kommunikasjon er å hjelpe pasienten til å gi uttrykk for sin opplevelse og oppnå innsikt i egen situasjon. For at vi som sykepleiere skal kunne forvente at vedkommende sier ifra om sine smerter, må viktigheten av å skape en relasjon med pasienten understrekes (Travelbee, 2001, s.141). Dersom sykepleier innehar gode kunnskaper om kommunikasjon, vil dette åpne opp døren for samtale om smertene, og pasienten blir gitt muligheten til å selv legge føringen for den videre samtalen. Dermed bedres samarbeidet mellom sykepleier og pasient, samtidig som det legges til rette for at pasienten kan ta en aktiv rolle i egen behandling. Dette samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) som sier at man skal legge stor vekt på pasientens ønsker og meninger knyttet til egen behandling. Slik vil man også kunne gi best mulig

smertelindring for den enkelte pasient. Indirekte spørsmål fra sykepleier skapte derimot ingen arena for pasientene til å uttrykke deres smerteopplevelse (Dihle et al., 2006). Dette synes problematisk, da pasienter ofte venter for lenge med å be om ekstra smertestillende på eget initiativ (Leegaard et al., 2011). Det er både ønskelig og riktig at pasienten gir beskjed før smertene blir for sterke, slik at smertene lettere lar seg behandle. Utilstrekkelig smertelindring kan derimot resultere i smertetopper som er vanskeligere å behandle, samt øke faren for en rekke komplikasjoner (Danielsen et al., 2016, s.397-399). Sterke smerter er vist å forhindre mobilisering, som igjen gir økt risiko for redusert ventilasjon og hostekraft, venetromboser og redusert tarm- og blærefunksjon (Bache et al., 2019, s.703). Totalt sett vil en slik passiv pasientrolle gjøre smertelindringen utfordrende, men også mer tidkrevende for sykepleier.

Til tross for at direkte kommunikasjon er den mest effektive metoden for å innhente informasjon om pasientens smerteopplevelse, viser det seg at et fåtall sykepleiere benytter denne kommunikasjonsferdigheten (Dihle et al., 2006). Det kan tenkes at årsaker til dette blant annet er tidspress, manglende kunnskap og utrygghet i egen yrkesutøvelse. Dersom sykepleier opplever mangel på tid, kan det oppleves som tidsbesparende å stille indirekte spørsmål i kombinasjon med andre gjøremål, og heller be pasienten ringe på dersom det skulle være noe (Bell & Duffy, 2009; Dihle et al., 2006). Å være direkte krever at sykepleier er modig fordi man gir pasienten anledning til å styre kommunikasjonen i en annen retning enn hva en selv er forberedt på (Eide & Eide, 2017, s.244). Dette kan oppleves som utfordrende dersom sykepleier ikke er trygg i egen yrkesutøvelse eller på sine kommunikasjonsferdigheter. Er imidlertid slik yrkesutøvelse faglig forsvarlig? Å la pasienten ligge med smerter, grunnet vår unnvikende holdning til deres situasjon, strider i mot de yrkesetiske retningslinjene. Retningslinjene sier at vi som sykepleiere har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette betyr at sykepleiers personlige egenskaper ikke kan være førende for smertelindringen som utøves, da yrkesutøvelsen først og fremst er forankret i lovverket. I følge helsepersonelloven §4 fremkommer det at helsehjelpen skal være omsorgsfull og faglig forsvarlig (1999). Dette stiller store krav til sykepleier, som aktivt må ta initiativ til å undersøke pasientens smerteintensitet, ha tro på pasientens subjektive opplevelse og beskrivelse av smertene, og deretter administrere smertestillende medikamenter i tråd med smerten som pasienten selv beskriver (Eide, 2008, s.357).

“Hvis pasientene alltid kunne fortelle oss når de har vondt og vi kunne akseptert dette, ville det vært enklere å vurdere og behandle smerter.” (McCaffery & Beebe, 1996, s.15). Videre sier McCaffery og Beebe at vi ikke uten videre er villige til å tro på og hjelpe folk som uttrykker at de har vondt. Dette utfordrer smertelindringen, og viser at gode kommunikasjonsferdigheter i seg selv ikke er tilstrekkelig. Sykepleier må også evne å handle i tråd med det pasienten sier. Ved å vise respekt og signalisere at man tar pasientens smerteopplevelse på alvor, vil sykepleier i følge Travelbee skape tillit hos pasienten (Eide, 2008, s.369; Travelbee, 2001, s.141). Travelbee poengterer videre at pasientrollen allerede er vanskelig nok, og at situasjonen blir verre dersom sykepleier overser eller ikke tror på pasientens opplevelse av smerter (Travelbee, 2001, s.114). Skal man tro Dihle et al. (2006) fremkommer det forskjeller i sykepleieres reaksjoner på den smertepregede pasient og deres non-verbale uttrykk og hint. I følge Leegaard et al. (2011) er det derimot ikke bare sykepleiernes manglende vilje til å reagere som er problematisk. Sykepleierne opplevde store individuelle forskjeller i hvordan pasientene uttrykker smerte, og pekte på dette som den største utfordringen i å smertelindre tilstrekkelig. Dette tydeliggjøres gjennom spørreskjemaet i studien, hvor det framkommer at over halvparten av sykepleierne mente at pasienter som har sterke smerter vil vise tydelige tegn på dette. Forøvrig mente flere av sykepleierne at smertene ikke var sterke dersom pasientene kunne avledes fra dem. Dette problematiseres også i studien til Granheim et al. (2015), hvor morfindoser ble gitt ut fra pasientens atferd fremfor pasientens egenrapporterte smerteintensitet. En slik praksis er motstridende til prinsippet om at pasientens subjektive opplevelse er gullstandarden for smertelindring. I følge McCaffery og Beebe (2007, referert i Granheim et al., 2015) kan pasientens atferd nemlig være et forsøk på å holde ut smerten eller avlede seg selv fra den.

5.2 Kunnskap og holdninger

Som tidligere nevnt er smerte en subjektiv følelse, hvor objektive tegn ikke kan ses som pålitelige indikatorer for å bedømme smerteintensiteten som pasienten opplever (s.23). Det finnes ikke kliniske målemetoder som objektivt kvantifiserer pasientens smerteintensitet (Lunn et al., 2019, s.202). Dette er særlig utfordrende da det oppleves at sykepleierutdanningen fragmenterer sykepleieprosessen; ved å legge stor vekt på observerbare tegn, innhenting av informasjon om symptomer og iverksettelse av tiltak. Å kartlegge fysiologiske tegn på en systematisert måte er et viktig verktøy for å avdekke endringer i pasientens tilstand. Fokuserer imidlertid sykepleier kun på dette, kan det resultere

i at man ikke tar i bruk sykepleieprosessen slik den er ment. Sykepleieprosessen tar nemlig sikte på å sette individet fremfor pasientens diagnose i fokus for sykepleiers handlinger. (Rotegård et al., 2015, s.244). Akutt smerte kan gi fysiologiske tegn som hurtigere puls og økt blodtrykk, samt svetting og blekhet. I tillegg kan pasientens atferd endres. Disse tegnene er derimot vanligvis kortvarige, og allerede etter sekunder eller minutter kan det forekomme fysiologiske og atferdsmessige tilpasninger. Med andre ord kan pasienten ha sterke smerter til tross for opphør av fysiologiske og atferdsmessige tegn. (McCaffery & Beebe, 1996, s.23). Likevel uttaler McCaffery og Beebe at observerbare tegn gjør at sykepleier i større grad er villig til å tro på pasientens smerteopplevelse. Leegaard et al. (2011) har gjort tilsvarende funn; opp mot 50% av sykepleierne mente observerbare endringer i vitale tegn må være grunnlaget for å stole på at en pasient har sterke smerter. I samme studie fremkommer det at 75% av sykepleierne ikke visste at pasienter kan sove selv om de har sterke smerter. Dersom sykepleier kun fokuserer på de observerbare tegnene, kan det gå på bekostning av å bli kjent med mennesket som opplever disse symptomene. På den måten blir enkelte sykepleiere, slik Travelbee beskriver, “tegn og symptomorienterte” fremfor “handlingsorienterte”. (Travelbee, 2001, s.142). Dette indikerer at sykepleier ikke evner å se mennesket som helhet, som kan antas å kunne i mangelfulle kunnskaper. En slik praksis bryter med de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Går man tilbake til definisjonen av smerte, ser man også der at det emosjonelle aspektet er like sentralt som det sensoriske (Den norske legeforening, 2009). Smerter kan føre til at pasienten opplever frykt og angst, og dermed få konsekvenser for vedkommendes psykososiale behov (Danielsen et al., 2016, s.384). Med andre ord må sykepleier ha som formål å opprettholde pasientens emosjonelle og sosiale livskvalitet, så vel som den fysiske (Lunn et al., 2019, s.185). Dersom ikke sykepleiers kunnskaper er tilstede, vil et resultat være svekket kvalitet på den postoperative sykepleien som gis (Bache et al., 2019, s.693).

I postoperativ smertelindring ser man en overdreven frykt blant sykepleiere for respirasjonsdepresjon og avhengighet ved bruk av opioider (Granheim et al., 2015). At sykepleiere ikke er tryggere i håndteringen av opioider anses som paradoksalt med tanke på utdanningens opplevde fokus på vitale parametere og observerbare tegn. En slik frykt bunner trolig i kunnskapsmangel. Forskningen peker på en overforsiktighet ved opioidadministrering, til tross for at mindre enn 1% av pasienter som blir behandlet med opioider på sykehus utvikler et avhengighetsproblem. I tillegg visste kun 23% av sykepleierne at faren for

respirasjonsdepresjon er minimal. Leegaard et al. (2011) har gjort tilsvarende funn, hvor spørsmål knyttet til medikamentenes virkning og bivirkning var de som oftest ble besvart feil. Dette sees på som svært interessant da smertelindring er en stor del av den postoperative sykepleien. Sykepleiers kunnskapsmangel vil også ha innvirkning på pasientens kunnskaper og holdninger til opioider. Å være pasient er for mange en ny erfaring, og kan oppleves som utrygt. Følgelig legger mange pasienter egen kultur og holdninger til grunn for deres håndtering av situasjonen. En ser nemlig en overdreven frykt for bivirkninger og avhengighet av opioider også hos pasienter. Sykepleier har derfor en sentral rolle i å videreformidle sine kunnskaper og holdninger til pasienten, slik at vedkommende forstår viktigheten av smertelindringen. (Leegaard et al., 2011). Nyblin og Utne (2018) påpeker at tilstrekkelig kunnskap kan bidra til å avdramatisere pasientenes frykt for blant annet opioidavhengighet. Mangler derimot sykepleier kunnskap om medikamentenes effekt og bivirkninger, vil hun heller ikke evne å videreformidle riktig informasjon til pasienten. Et resultat av dette er mangel på kunnskap hos pasienten, som igjen er barriere for effektiv smertelindring. At pasienter fortrenger den akutte postoperative smerten grunnet frykt og kunnskapsmangel, kan i verste fall føre til at smerten blir kronisk. Denne risikoen er angitt å være mye større enn risikoen for avhengighet, med prevalens på over 10%. (Fredheim et al., 2011; Lunn et al., 2019, s.199). Det er derfor alarmerende at kun et mindretall av pasientene i Fredheims studie (2011) angir å ha mottatt informasjon om kroniske smerter. Dette samsvarer med funnene til Dihle et al. (2006), som avdekker at pasientene selv må etterspørre informasjon. En slik praksis fører til at flere pasienter mangler informasjon og kunnskap omkring egen helsehjelp. Dette strider i mot pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999), som sier at pasienten har krav på informasjon om egen helsetilstand, inkludert mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen de mottar. For å illustrere alvorlighetsgraden av funnene til Fredheim et al. (2011) og Dihle et al. (2006), kan man si at dersom pasientene ikke har mottatt denne informasjonen, mangler de vesentlig informasjon for å kunne gi samtykke til operasjon.

I kjølvannet av kunnskapsmangelen hos både sykepleier og pasient, kan smertelindringen bli ineffektiv. Imidlertid skal ikke redselen for respirasjonsdepresjon og avhengighet hindre sykepleier i å smertelindre med effektiv dose (Granheim et al., 2015). Kanskje kan den omtalte frykten blant sykepleiere ses i sammenheng med at kun 25% av tilgjengelige behovsmedikamenter blir gitt. Administreringen av behovsmedisiner øker heller ikke i takt med smerteintensiteten som pasienten opplever. Til tross for at enkelte opplevde sterke smerter, fikk de kun halvparten av tilgjengelig behovsmedikasjon. Det er derfor overraskende

at 88,4% av pasientene var fornøyde med den postoperative smertebehandlingen. Andre faktorer enn smerteintensitet ser dermed ut til å være avgjørende for pasientenes tilfredshet. (Lorentzen et al., 2011). Blant disse faktorene er beskjed om vellykket operasjon. En slik beskjed vil kunne skape en følelse av ro og trygghet hos pasienten, og dermed resultere i at pasienten aksepterer opplevelsen av smerte. (Fredheim et al., 2011). Det er viktig å understreke at slike faktorer ikke skal være førende for smertebehandlingen pasienten mottar. At mange pasienter er fornøyde, må ikke brukes som et argument for at behandlingen er tilfredsstillende; å være fornøyd er ikke synonymt med å være godt smertelindret. Av den grunn stilles det store krav til sykepleier om å kartlegge pasientens smerteopplevelse. Dersom sykepleier ikke får tak i smerteopplevelsen og administrerer medikamenter i tråd med denne, vil heller ikke forordnede behovsmedikamenter være til hjelp for pasienten. Dette viser at en forordning i seg selv ikke er tilstrekkelig, men avhenger av sykepleiers evne til å utnytte potensialet som er gitt av kirurgen. En slik dårlig utnyttelse som årsak til inadekvat smertelindring er imidlertid motstridende til sykepleiernes egne uttalelser om begrensede handlingsrom. Mange sykepleiere mente nemlig at mangelfull administrering skyldtes at kirurgens forordning av behovsmedikasjon var for liten. Dette kan gjøre at sykepleierne rasjonerer tilgjengelige smertestillende utover dagen, selv om det medfører at de må gi en ineffektiv dose. (Leegaard et al., 2011). Derimot har ikke sykepleier bare ansvar for å administrere forordnede smertestillende, men også til enhver tid vurdere pasientens behov. Dette ansvaret medfører at sykepleier må tørre å tale pasientens sak, ved å ta faglige diskusjoner med kirurgen dersom behandlingen oppleves som utilstrekkelig. Det heter at “sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (Norsk sykepleierforbund, 2019). Å legge ansvaret for vår yrkesutøvelse over på andre, i dette tilfellet kirurgen, vil derfor være uforenelig med sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Sett i lys av nevnte ansvar, har sykepleier en helt sentral rolle i smertelindringen. Å oppfylle denne rollen er essensielt for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie til pasienten.

Sykepleie er et kunnskapsbasert yrke. Utdanningen består av ulike former for kunnskap som skal bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget, slik at sykepleier er i stand til å handle korrekt i gitte situasjoner (Kristoffersen, 2016, s.142-144; Norsk sykepleierforbund, 2018). På den ene siden opplever derimot sykepleiere at kunnskapen de har med seg fra utdanningen ikke er tilstrekkelig i møte med postoperativ smertelindring. De opplever at deres kunnskap om smerter og smertelindring gir liten faglig tyngde i møte med den kirurgiske avdelingen. (Lien et al., 2010). Det kan derfor antas at den faglige kunnskapen overskygges av erfaringsbasert

kunnskap, hovedsakelig andres, og at denne får stor betydning for sykepleiernes utvikling. Skal vi tro Lunn et al. (2019, s.184), hviler smertebehandlingen oftere på lokale holdninger og tradisjoner enn på evidensbasert kunnskap. En vet at erfaring skaper større trygghet knyttet til egen håndtering av kliniske situasjoner, men er det imidlertid slik at større kunnskap og reell kompetanse kun er et resultat av erfaring? På den andre siden ser man tvert i mot at studenter besitter tilnærmet like gode teoretiske kunnskaper om smerter som sykepleiere med erfaring (Granheim et al., 2015). Videre viser både Granheim et al. og Dihle et al. (2006) at sykepleierne besitter gode teoretiske kunnskaper, men at problemet ligger i å overføre kunnskapen og anvende den i praksis. Å skulle anvende egen kunnskap i en avdeling kan oppleves som utfordrende for sykepleier dersom denne ikke stemmer overens med avdelingens allerede etablerte kultur. Ekstra utfordrende synes det å være for nyutdannede sykepleiere, da mange opplever at deres kunnskaper ikke er tilstrekkelig før de har opparbeidet seg erfaring. (Lien et al., 2010). Lien et al. peker på tidligere studier som derimot viser at erfarne sykepleiere i større grad objektiviserer pasientene og deres smerte. Av den grunn er det bekymringsverdig at nyutdannede sykepleiere forkaster sin oppdaterte fagkunnskap til fordel for avdelingens rutiner. I faglitteraturen kommer det nemlig fram at en holdning om at "slik gjør vi det her", ikke er en god løsning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.25). En evne til å kontinuerlig utvikle sin kompetanse ved bruk av faglig kunnskap vil derimot være mer hensiktsmessig, og i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Yrkesutøvelsen skal nemlig være faglig forsvarlig ved anvendelse av oppdatert kunnskap basert på forskning og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019).

For å skape trygghet i kliniske situasjoner, diskuteres det omkring sykepleieres behov for klare retningslinjer. Siden smerteopplevelsen er individuell, vil derimot ikke kontekstfrie rutiner alltid være tilstrekkelig for å møte pasientens behov. (Lien et al., 2010). Dette kan antas å føre til at vi som sykepleiere tolker pasientens smerter, og tillegger våre egne holdninger til smertelindringen. At kvaliteten på smertelindringen skal avhenge av pasientens alder, livsstil, etnisitet og kultur, samt type operasjon, er problematisk (Leegaard et al., 2011). Et eksempel som synliggjør dette problemet, er at det norske samfunnet blir stadig mer flerkulturelt. Ulike kulturer legger føringer for måten man opplever og uttrykker smerte på (Bjørkli, 2019). Slik utfordres sykepleier til å ha en ikke-dømmende holdning i møte med pasientens smerteuttrykk. At vårt kulturelle opphav har betydning for smerteuttrykket, skal likevel ikke overskygge prinsippet om at smerte er subjektivt. Imidlertid viser det seg at sykepleiere ikke klarer å legge egne vurderinger til side, og at dette fører til ulikheter i

behandlingen (Bell & Duffy, 2006). Ulikheter i sykepleieutøvelse basert på forutinntatte oppfatninger heller enn loven, er svært alvorlig da det bryter med menneskerettighetene (De forente nasjoner, 1948). Med andre ord tyder det på at kunnskaper alene ikke er tilstrekkelig for god postoperativ smertelindring. Sykepleier må i tillegg evne å møte pasientens iboende verdighet. Dette krever at sykepleier legger inn en aktiv innsats for å stole på pasientens subjektive opplevelse av smerten. Hvis sykepleier imidlertid ikke klarer å stole på pasienten, sier McCaffery og Beebe (1996, s.18) at man må la tvilen komme pasienten til gode. De påpeker at sykepleiers faglige ansvar handler om å akseptere pasientens utsagn og hjelpe vedkommende på en konstruktiv måte. Holdninger er preget av vårt private og sosiale liv, men som sykepleiere må vi bevisst sette våre personlige verdier til side for å gi pasienten best mulig behandling. (McCaffery & Beebe, 1996, s.19).

Å forandre holdninger er ofte tidkrevende. Endringsarbeidet koster noe å gjennomføre for den enkelte, og er av den grunn ingen enkel prosess. (Håkonsen, 2017, s.185). At det ikke skapes tid og rom for refleksjon rundt egen yrkesutøvelse, kan vanskeliggjøre dette arbeidet ytterligere for sykepleier. I studien til Lien et al. (2010) fremkommer det at stress og forstyrrelser utgjør barrierer for utviklingen av sykepleiers kompetanse, men også for kvaliteten på smertelindring som gis til pasienten. Mangel på tid og økt arbeidsmengde som årsaker til utilstrekkelig smertelindring, belyses også i studien til Bell og Duffy (2009). Sykepleiers mange ulike oppgaver på sengepost fører til at sykepleier må foreta en rekke prioriteringer i løpet av arbeidsdagen. Et urovekkende funn er at sykepleierne prioriterte gjøremål som skulle være gjort innen vekten var ferdig, eller som involverte samhandling med andre sykepleiere, fremfor pasientens behov. En slik sykepleiepraksis er imidlertid faglig uforsvarlig, da sykepleiers faglige ansvar og funksjon først og fremst handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov (Norsk sykepleierforbund, 2018). Likevel kan ikke sykepleier ene og alene klandres for utilstrekkelig ivaretagelse av pasienten. Det kan tyde på at mangelfull smertelindring skyldes problemer på høyere nivå enn den enkelte sykepleier, som kultur og holdninger på sengeposten, sett i sammenheng med virksomhetens organisatoriske struktur. Kari Martinsen (2003, referert i Hillestad, 2007, s.30) mener at helsevesenets struktur og organisering, i form av for mange arbeidsoppgaver og for liten tid, påvirker den sykepleien vi egentlig ønsker å utøve. Atferden vår er i stor grad situasjonsbetenget, og fører til at vi ikke alltid oppfører oss i samsvar med egne holdninger. Man har lett for å gjøre ting på en annen måte enn man vanligvis ville gjort dersom man

opplever dårlig tid eller press fra de rundt seg. (Håkonsen, 2017, s.187). Med andre ord er det ikke nødvendigvis slik at sykepleier ikke ønsker å hjelpe pasienten (Hillestad, 2007, s.30). Dette understøttes av Lunn et al. (2019, s.184), som sier at kvaliteten på den postoperative smertelindringen lider blant annet på grunn av det organisatoriske nivå. Virksomheten er imidlertid lovpålagt å organisere helsetjenesten slik at helsepersonellet har mulighet til å overholde sine plikter (Helsepersonelloven §16, 1999). Likevel kan ikke sykepleier fraskrives sitt personlige ansvar for å ivareta pasientens behov. Men tar derimot ikke virksomheten sin del av ansvaret, legges det heller ikke til rette for at sykepleier kan utøve helhetlig omsorg og faglig forsvarlig sykepleie.

For å sikre at helsehjelpen pasienten mottar er helhetlig og faglig forsvarlig kreves det også god dokumentasjon fra helsepersonellet. Dermed anses det som et paradoks at postoperativ smerteintensitet kun ble systematisk dokumentert i 22% av pasientjournalene i studien til Fredheim et al. (2011). Dette sammenfaller med resultatene til Dihle et al. (2006), som viser manglende dokumentasjon av medikamentenes effekt. I følge helsepersonelloven §39 (1999) har sykepleier imidlertid plikt til å føre journal for den enkelte pasient. Journalen skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om helsehjelpen som gis (Helsepersonelloven §40, 1999). I tillegg er dokumentasjon et verktøy som kan brukes for å heve kompetansen til den enkelte sykepleier, og på den måten bidra til trygghet i yrkesutøvelsen. Videre fungerer dokumentasjon som skriftlig kommunikasjon mellom helsepersonell, og vil kunne skape opplevelse av kontinuitet og ivaretagelse for pasientens del. Dette forutsetter at dokumentasjonen baseres på pasientens subjektive smerteopplevelse. I følge Granheim et al. (2015) legger nemlig sykepleier for stor vekt på egne tolkninger i dokumentasjonen av pasientens smerteintensitet. God dokumentasjon av smerteintensitet, tiltak og deretter evaluering av iverksatte tiltak vil imidlertid bidra til å belyse det individuelle smertebildet til pasienten. Slik synliggjøres det for sykepleier hva som tidligere har vært effektivt og ineffektivt av utprøvde tiltak hos den enkelte pasient. (Flovik & Rokseth, 2015, s.287). Med andre ord medvirker dokumentasjon til god kvalitet i den postoperative smertebehandlingen. Tvert imot kan manglende dokumentasjon true pasientsikkerheten, og strider i mot helsepersonelloven §4 (1999), som omhandler krav til sykepleier om å utøve faglig forsvarlig helsehjelp.

6. Konklusjon

En betydelig andel av pasientene som gjennomgår kirurgi opplever moderate til sterke smerter postoperativt. Sett i lys av at smerter er subjektivt, og at mange pasienter er passive mottakere av smertelindring, stilles det store krav til sykepleier. Ikke bare må sykepleier evne å behandle smertene, men også skape en relasjon og stole på pasientens uttrykte smerteopplevelse. Skal sykepleier dekke pasientens fysiske og emosjonelle behov, og dermed sikre adekvat smertebehandling, må hun for det første videreformidle sine kunnskaper til pasienten. For det andre evne å tale pasientens sak i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette forutsetter at sykepleier innehar tilstrekkelige kunnskaper om medikamenters virkning og bivirkninger. Slike kunnskaper viser seg derimot å være mangelfulle, og kommer ofte til uttrykk i form av overforsiktighet ved administrering av opioider. Totalt sett tyder det på et behov for kunnskapsløft omkring medikamenter blant sykepleiere. Imidlertid viser det seg at kunnskaper alene ikke er tilstrekkelig for god smertelindring. Dersom sykepleier ikke evner å sette egne holdninger til side, vil vedkommende reagere på en forutbestemt måte overfor pasienten. Holdninger er nemlig preget av vårt private og sosiale liv, og fører til at sykepleier ikke nødvendigvis vil klare å møte pasientens iboende verdighet. Dette kan være et hinder for optimal smertelindring, da det kan bidra til at smertebehandlingen blir standardisert, fremfor individualisert. Sett under ett, har sykepleier et selvstendig ansvar for at yrkesutøvelsen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. En slik yrkesutøvelse fordrer at sykepleier innehar kunnskaper og evner å legge personlige holdninger til side. Skal derimot sykepleier ha mulighet til å reflektere over sin yrkesutøvelse og egne holdninger, må forholdene legges til rette fra et overordnet, organisatorisk nivå.

Oppsummert forutsetter god postoperativ smertebehandling sykepleiefaglige bakgrunnskunnskaper, spesifikke kunnskaper om smerte, samt god kommunikasjon og dokumentasjon. Men gode kunnskaper og sykepleieferdigheter er ikke alt. Minst like viktig er det at sykepleier er klar over forskjeller i pasientenes smerteuttrykk. Ved å legge egne holdninger og verdier til side, kan man utforske smerten mer. På denne måten vil man kunne sørge for individtilpasset smertebehandling. Pasientene blir av den grunn ikke behandlet likt, men viktigst av alt, likeverdige.

Referanseliste

- Bache, N., Schmelling, W. & Tei, R.M.H. (2019). Sygepleje og smertebehandling. I M.U. Werner, N.B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.693-714). FADL's Forlag.
- Bell, L. & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, 18(3), 153-156.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.3.39042>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2017). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg., s.309-379). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørkli, A.K. (2019). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk. *Sykepleien Fagutvikling*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Christensen, J. & Berg, O.T. (2019). Velferdsstat. Hentet 22.01.2021 fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg., s.381-427). Gyldendal Norsk Forlag.
- De forente nasjoner (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Hentet 07.04.2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>
- Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertebehandling*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A.K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2017). Utfordrende ferdigheter. I H. Eide & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg., s.237-254). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Flovik, A.M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 271-296). Cappelen Damm Akademisk
- Fredheim, O.M.S., Borchgrevink, P.C., Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 2011(18). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1184>
- Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helsebiblioteket (2016). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 22.01.2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsebiblioteket (2016). Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie. Hentet 22.01.2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

- Helsedirektoratet (2020). *Bruk av opioider - ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/05dc17c74d5a4dfa87d9046d9ca5e48c/utkast-veileder-bruk-av-opioider-ved-langvarige-ikke-kreftrelaterte-smerter.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.m. (LOV-1999-07-02-64).
Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>
- Hillestad, A.H. (2007). Den udefinerbare smerten. I A. Aambø (Red), *Smertesmerter. Smerteopplevelse og atferd* (s.19-40). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3.utg, s.15-28). Gyldendal Akademisk
- Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W. & Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien forskning*, 6(3) s.254-261.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0167>
- Lien, T., Hanssen, I. & Andenæs, R. (2010). "Between a rock and a hard place". Newly graduated nurses' assessment of postoperative pain. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 12(3), 3-14.
- Lorentzen, V., Hermansen, I.L. & Botti, M. (2011). A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *European Journal of Pain*, 16(2), 278-288.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.004>

- Lunn, T.H., Dahl, J.B. & Mathiesen, O. (2019). Postoperative smerter. I M.U. Werner, N.B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.184-209). FADL's Forlag.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, (Red.), *Klinisk sykepleie, Bind 1*. (5.utg., s. 17-39). Oslo, Gyldendal Akademisk
- Norsk pasientregister (2019). *Aktivitet i somatisk sektor, spesialisthelsetjenesten*. Hentet 18.03.2021 fra <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/37f4e0dd-61fd-4846-a7c1-d87553ce2c1a?e=false&vo=viewonly>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Norsk sykepleierforbund (2018). *Forsvarlighet - om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie* (4.utg.) Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Nyblin, U.A. & Utne, I. (2018). Kreftsykepleiere har gode kunnskaper om smertelindring. *Sykepleien*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999- 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Rotegård, A.K., Solhaug, M. & Grov, E.K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s.244-270). Cappelen Damm Akademisk
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Werner, M.U. & Arendt-Nielsen, L. (2019). Smertefysiologi 4: Smertevurdering. I
M.U. Werner, N.B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes.
Baggrund, evidens og behandling*. (4.utg., s.82-92). FADL's Forlag.

Vedlegg 1

AKTIVITET I SOMATISKE SYKEHUS



HOVEDTALL PASIENTER og OPPHOLD LIGGETID PASIENTSTRØMMER Ø-HJELP GRUNNLAGSDATA

AKTIVITET I SOMATISK SEKTOR, SPESIALISTHELSETJENESTEN

Vis grunnlagsdata for: Behandlingssted Bosted Norge

År	Dognopphold			
	Antall pasienter	Antall opphold	Sum liggetid	Gj.snittlig liggetid
▶ 2019	530 225	803 628	3353 580	4,2

Hovedtilstand
Alle

Omsorgsnivå
Dognopphold

Periode
2019

Visningsnivå for periode
År

Medisinsk prosedyre
Alle

Kirurgisk prosedyre
(Alle kirurgiske prosedyrer)

Diagnoserelaterte grupper
Alle

Alder
Alle

Kjønn
Alle

Vedlegg 2

P	I	C	O
Kirurgiske pasienter	Sykepleiers kunnskap Sykepleiers holdninger Sykepleieutøvelse		Postoperative smerter Smertebehandling Smertestillende, opioider
Surgical patients	Nursing knowledge Nurse attitudes Nursing assessment		Postoperative pain Pain management Analgesics, opioid