

Bachelorgradsoppgave

Sykepleieres kompetanse i vurderingen av postoperativ smerte- rom for forbedring

Nurses' competence in postoperative pain assessment- room for improvement

Hvilke faktorer spiller inn på sykepleieres vurdering av postoperativ smerte?

Which factors affect nurses' in the assessment of postoperative pain?

Vegard Fuglem Syversen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleie

2013

Antall ord: 10559

Abstrakt

Introduksjon: Grunnet hver enkelt menneskes subjektive opplevelse av smerte, krever smertevurderingen kompetanse som reflekterer pasientens opplevelse av smerte. Forskning viser at denne kompetansen er mangelfull, og som en følge av dette viser studier at mange pasienter ikke mottar god nok postoperativ smertelindring.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvilke kompetanseområder som spiller inn på sykepleieres vurdering av postoperativ smerte.

Metode: I litteraturstudien ble det foretatt en kvalitativ innholdsanalyse av aktuell forskning relatert til hensikten. Inkluderte artikler ble kritisk vurdert opp mot ulike verktøy, før funnene ble kategorisert og diskutert.

Resultat: Sykepleieres holdninger påvirkes av avdelingens kultur. Å anvende gode kommunikasjonsferdigheter gav mer utdypende svar fra pasientene. Erfaringer resulterte i en kategorisering av pasienter på gruppenivå. Observasjoner av pasienter tok ofte utgangspunkt i fysiske kriterier for smerte. Disse 4 kompetanseområdene virket å ha stor innvirkning på vurderingen av postoperativ smerte.

Diskusjon: Bakgrunnen for sykepleieres varierende holdninger diskuteres, samt hvilke kommunikasjonsmetoder som virker fordelaktige. I tillegg diskuteres det hvilke følger kategoriseringen av pasienter på bakgrunn av pasienterfaringer vil få, samt observasjoner opp mot empati og manglende kunnskap.

Konklusjon: Studien viser at for å oppnå en optimal postoperativ smertevurdering, må sykepleieres holdninger forandres, blant annet gjennom mer kunnskap. I tillegg spiller avdelingens kultur og sykepleieres tidspress inn på utviklingen av erfaring og faglig utøvelse. Det å fokusere på den individuelle opplevelsen pasienten har, for så å kombinere denne med tidligere praksiserfaring og kunnskap, sees på som fordelaktig.

Nøkkelord: Begrenset litteraturstudie, postoperativ smertevurdering, holdninger, kompetanse, sykepleier

Words: 10559

Abstract

Introduction: As a result of pain's subjective nature, pain assessment requires competence which reflects the individual patient's pain experience. Studies show that clinical competence regarding postoperative pain assessment is insufficient. As a result of this, patients don't receive adequate pain relief.

Aim: The purpose of this study was to find out which areas of competence play an important role in nurses' assessment of postoperative pain.

Method: In this study, a qualitative content-analysis of relevant research, related to the purpose of the study, was carried out. Research included was critically evaluated by using tools to determine the quality. The findings were categorized and discussed.

Result: Nurses' attitudes are affected by the culture on each unit. By using good communication skills, the patients gave informative descriptions of their pain. Experience resulted in nurses' categorizing patients on a group level. Physical criteria for pain were often used as a basis for observation. These 4 areas of competence seemed to influence nurses' assessment of postoperative pain.

Discussion: In this study, the reasons for nurses' varied attitudes are discussed, as well as which ways to communicate were seen as beneficial. In addition, the consequences of categorizing by using experiences made by interacting with patients, and observations regarding empathy and lack of knowledge are discussed.

Conclusion: The study shows that to achieve an optimal pain assessment, the attitudes among nurses should be changed, for example by gaining more knowledge. The culture of each unit and nurses' lack of time plays an important role in developing experience and clinical practice. By focusing on each patient's individual experience of pain, and then combining this with experience and knowledge, is seen as beneficial.

Keywords: Limited literature study, postoperative pain assessment, attitudes, competence, nurse

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Holdninger	1
1.2 Smerte	2
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Relevansen av studien og betydningen for sykepleiefaget.....	2
2.0 Metode	3
2.1 Inklusjonskriterier.....	3
2.2 Eksklusjonskriterier	3
2.3 Datasamling.....	3
2.4 Kvalitetsgranskning.....	4
2.5 Analyse	7
2.2 Etiske overveielser.....	9
3.0 Resultat	10
3.1 Holdningers påvirkning på postoperativ smertevurdering	10
3.2 Erfaringens betydning for postoperativ smertevurdering	11
3.3 Kommunikasjon som verktøy	12
3.4 Observasjoner som grunnlag for vurdering av postoperativ smerte	14
4.0 Diskusjon	15
4.1 Resultatdiskusjon.....	15
4.1.1 Holdningers påvirkning på postoperativ smertevurdering	15
4.1.2 Erfaringens betydning for postoperativ smertevurdering	18
4.1.3 Kommunikasjon som verktøy	19
4.1.4 Observasjoner som grunnlag for vurdering av postoperativ smerte	21
4.2 Metodediskusjon	22
5.0 Konklusjon	24
Referanseliste	26
Vedlegg	29

1.0 Introduksjon

Postoperativ smertekartlegging forblir en av de store kliniske utfordringene sykepleiere står ovenfor. Selv om det blir gjennomført en eller annen form for postoperativ smertekartlegging på flesteparten av postoperative pasienter, er det estimert at 50-70 % ikke mottar god nok postoperativ smertelindring. Manglende smertelindring sees som en årsak til lengre sykehusopphold, høyere helsekostnader og komplikasjoner i forbindelse med bedring etter operasjon (Bell og Duffy, 2009).

Til tross for senere års forskning og utvikling innen postoperativ smertebehandling, viser studier at mange pasienter fortsatt ikke mottar god postoperativ smertelindring (Gunningberg og Idvall, 2007; Hartog m.fl, 2010). I en studie gjort på pasienter i norske sykehus, kommer det fram at 43 % av deltakerne opplevde smerte som det mest plagsomme postoperative symptomet (Fredheim m.fl. 2011). I en norsk studie av Dihle m.fl. (2006), utført på 102 ortopediske pasienter, fant man en underbehandling av postoperative smerter som vedvarte i fem døgn. Resultatet ble generelt lavere aktivitet, redusert gangfunksjon og mindre omgang med andre mennesker. I samme studie kom det fram at manglende kommunikasjon er en av årsakene til manglende postoperativ smertelindring. Flere studier konkluderer med at sykepleierne fokuserer på objektive tegn eller pasientgrupper som grunnlag for vurdering av postoperative smerter, noe som kan medføre undervurdering av smerten pasienten faktisk opplever (Lien m. fl, 2010). Dihle m.fl. (2006) sier at manglende kunnskap, vurderinger og varierende holdninger mot smerte, kan være viktige negative faktorer i smertebehandlingen. På bakgrunn av dette reises det spørsmål om postoperativ smertebehandling får stor nok oppmerksomhet i sykepleierutdanningen (Lien m. fl, 2010).

I JCAHO (Joint Commition on Accrediation Hospitals Organisations) anbefalte standarder innenfor vurdering og behandling av smerte i sykehus fra 2007, kommer det fram at vurdering av pasientens smerte er like viktig som selve smertebehandlingen. Når det da i en studie av Idvall m.fl. (2002) kommer fram at sykepleierens rangering av pasientens smerte ikke samsvarer med pasientens egen smerteopplevelse, kommer viktigheten av god smertevurderingen fram.

1.1 Holdninger

Da det i flere studier understrekes at holdninger er en viktig faktor i barrieren mot god smertevurdering (Bell og Duffy, 2009), kommer Ajzen og Fishbein sin holdnings-modell (1975) til å bli brukt for videre å belyse denne sammenhengen. Modellen beskriver en persons holdning mot et objekt som en funksjon av vedkommendes overbevisning. I 1980 kom Ajzen og Fishbeins med en utvidelse av nevnte modell, hvor atferd på bakgrunn av holdning blir belyst. Her presenteres det en teoretisk definisjon som sier at en person med tro på at en gitt atferd vil føre til positive utfall, har en fordelaktig holdning mot utførelsen av atferden. Motsatt vil en person med negativ innstilling til en atferd, ha en ufordelaktig holdning (Ajzen og Fishbein, 1980).

1.2 Smerte

Smerte er en subjektiv opplevelse og oppleves derfor ulikt fra individ til individ. En definisjon av McCaffery og Beebe (2001), sier at smerte er "det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte". For sykepleiere er dette en profesjonell tilnærming, da det er viktig å tro på pasientens egen opplevelse av smerte.

Det er et uklart skille mellom hvor lenge man kaller det for postoperativ smertebehandling og annen type smertebehandling, men ut i fra at man vet at postoperative smerter er forventet, kan de forebygges (Wøien og Strand, 2008). Kartlegging av smerte er essensielt for å undersøke om en pasient har smerte, og på bakgrunn av dette planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling. Det å kartlegge og vurdere smerte gir et utgangspunkt for i ettertid å evaluere og sammenligne ulike smertebehandlingsregimer (Torvik m.fl, 2008).

1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å belyse hvordan sykepleierens kompetanse innvirker på vurderingen av postoperativ smerte. Det vil fokuseres på hvilke faktorer som spiller inn på sykepleierens smertevurdering og hvordan sykepleiere i dag vurderer postoperativ smerte. I studien er det valgt å belyse hensikten ut i fra et sykepleierperspektiv.

Med kompetanse menes i denne studien sykepleieres ferdigheter og kunnskaper, samt noe fagpersoner har sammen. Kompetanse er noe relasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjon sammen (Orvik, 2004).

1.4 Relevansen av studien og betydningen for sykepleiefaget

Flere studier viser at sykepleiere mangler kunnskap, vurderingsevne og viser dårlige holdninger omhandlende smertevurdering (Bell og Duffy, 2009). Med tanke på at sykepleiere har mer kontakt med pasientene enn noe annen helsearbeider på et sykehus, samt en viktig rolle i å sørge for smertelindring, er det essensielt at sykepleiere klarer å vurdere smerter på en god måte (Richards og Hubbert, 2007). Plikten til å lindre smerte er sett på som en av de mest fundamentale rollene innenfor de ulike helseprofesjonene, herunder sykepleiere. Til tross for dette blir sykepleiere sett på som en betydelig bidragsyter til mangelfull smertebehandling (Rejeh m.fl, 2009). Dette viser at behovet for bedringer rundt postoperativ smertebehandling er tilstede. Relevansen av studien og for sykepleiefaget kan derfor sies å være stor.

2.0 Metode

Denne allmenne litteraturstudien tok utgangspunkt i retningslinjene for skriving og utforming av bachelorsoppgave i sykepleie, ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. I en allmenn litteraturstudie analyseres og beskrives utvalgte studier, uten å gjennomføre en systematisk innhenting av forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2003). Studien tok utgangspunkt i allerede eksisterende forskning, hvor data relevant for studiens hensikt ble valgt ut. Studien baseres på 13 utvalgte forskningsartikler.

2.1 Inklusjonskriterier

Forskningsartikler inkludert i resultatdelen av oppgaven, er på engelsk og utgitt i tidsperioden 1999-2012. Studiene tok for seg sykepleiere, hvor temaet var postoperativ smertebehandling. Pasientgruppen var personer over 18 år, som var blitt værende på sykehus for postoperativ behandling. Ut i fra hensikten med oppgaven, er det funnet forskning som tar for seg sykepleieperspektivet.

2.2 Eksklusjonskriterier

Artikler irrelevant for studiens hensikt er ekskludert. Forskning omhandlende barn er ekskludert, da dette krever annen type kompetanse enn hensikten med denne studien fokuserer på (Reinertsen, 2008). Review-artikler er ikke inkludert i resultatdelen av studien, men anvendes i andre deler av studien. Forskning på bevisstløse mennesker ikke inkludert i studien.

2.3 Datainnsamling

Før søkeprosessen begynte, ble relevant litteratur tatt for seg. Ved å bruke fagbøker, samt pensum ble det funnet søkeord, som senere ble benyttet i artikkelsøkene. Førsteamanuensis Karin Torvik ved Høgskolen i Nord-Trøndelag satt inne med mye kompetanse om valgte tema, og ble derfor brukt som ressurs for å komme med forslag på aktuelle forfattere og forskere. Ettersom relevante artikler ble funnet, dukket det opp nye søkeord.

Noe av litteraturen relatert til temaet i studien var skrevet på norsk. Ordnett.no ble derfor brukt til å oversette og finne de rette søkeordene på engelsk. Litteratursøk ble gjennomført ved å bruke ulike databaser, som: Medline, PubMed og Cinahl. Da flere av artiklene funnet ved hjelp av PubMed og Cinahl viste seg ikke å stå i fulltekst, ble søkeprosessen gjentatt i Medline, hvor forskningsartiklene kunne leses i fulltekst. Håndsök ble utført etter å ha sett over referanselisten til forskning relatert til hensikten med denne studien. Medline er en bibliografisk database innenfor medisin og helsefag, og dekker blant annet primært litteratur innenfor sykepleie. I flere av søkene ble «explode»-funksjonen anvendt, for å inkludere alle artikler med relevans opp mot søkeordene (Polit og Beck, 2012).

I studien ble AND brukt som søkeoperator for å kombinere søkene. Limits ble anvendt for å avgrense søket, dette til eksempelvis kvalitative eller kvantitative studier, publiseringsår eller språk (se tabell 1). Søkeprosessen startet med få eller ingen avgrensinger, grunnet et ønske om å få best mulig

oversikt over hvilke studier som har blitt gjort. Deretter ble søkene gjort mer spesifikke, for å blant annet finne studier gjort i nyere tid. Søkene ble lagret i databasene.

I studien er det anvendt forskning som bygger på både kvalitativ og kvantitativ metode, samt metodetriangulering. Sistnevnte kan bidra til å få en dypere forståelse av et fenomen (Polit og Beck, 2012).

De hyppigst brukte søkeordene i litteratursøkingen var: *postoperative pain, pain assessment, nurse, competence, attitudes, experience, attitudes og observation.*

Tabell 1. Eksempel på litteratursøk- Utvalgte artikler

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Antall Inkluderte (Nummer på artikkel)
Medline 28.02.2013	Abstracts AND (Danish or English or Norwegian or Swedish) AND "qualitative (best balance of sensitivity and specificity) 2000- current	Exp. Postoperative pain AND Exp. Nurses	62	52* 5**	5***	5	4(35,41,55,59)
Medline 03.03.2013	Håndsök	Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses	1	*0 **0	***1	1	1(1)

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: antall artikler som er lest i sin helhet

2.4 Kvalitetsgranskning

I prosessen med å kvalitetsvurdere artiklene, ble det tatt i bruk ulike verktøy, blant annet sjekklister publisert av Høgskolen i Nord- Trøndelag. Sjekklisene stilte spørsmål vedrørende innhold i de ulike delene av studien og var nyttig for å avgjøre kvaliteten på artiklene (se vedlegg 2). Ved å anvende disse, ble 3-5 utvalgte artikler ekskludert. Dette grunnet manglende nytteverdi for egen studie, manglende relevans av resultater i forhold til hensikten i studien og ulikt perspektiv i forhold til egen studie.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste har et vurderingsverktøy for tidsskrifter, serier og forlag som vurderes opp mot kriterier gitt av Universitets- og høgskolerådet. Dette verktøyet er anvendt i kvalitetsgranskningen av artiklene benyttet i resultatdelen av studien (se kap. 4.2).

Ved å kvalitetsvurdere de ulike forskningsartiklene, ble to av artiklene utvalgt for dypere granskning ekskludert. De resterende 13 artiklene ble inkludert i studien (se tabell 2).

Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon / instrument	Deltakere	Hovedresultat	Kommen- tar i forhold til kvalitet
Clabo (2008) USA	Undersøke sykepleieres smertevurdering på kryss av to postoperative avdelinger.	Kvalitativ studie. Intervju og individuelle intervju.	60 sykepleiere	Dominerende mønster for smertevurdering mellom de to avdelingene pasientens utsagn, tydelige kriterier og klassifiseringer.	Godkjent av etisk komité. Informert- og skriftlig samtykke fra deltakerne.
Dihle m.fl. (2006) Norge	Forstå hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling, samt identifisere barrierer til oppnåelse av optimal smertelindring.	Kvalitativ deskriptiv studie. Observasjoner og dybdeintervju.	62 sykepleiere	Forskjeller i hva sykepleiere sier de gjør, og hva de faktisk gjør.	Informert samtykke. Godkjent av etisk komité.
Klopper m.fl. (2006) Sør- Afrika	Finne ulike strategier for å vurdere postoperativ smerte, blant en gruppe sykepleiere i Sør- Afrika.	Eksplorativ, deskriptiv, kvalitativ og kontekstuell studie. Individuelle intervju og smertescore(VAS)	12 kvinnelige sykepleiere og 36 pasienter	Fire kategorier for postoperativ smertevurdering: utseende, verbale utsagn, talemåte, tidligere erfaringer.	Godkjent av etisk komité.
Manias m.fl. (2002) Australia	Sykepleier-pasient interaksjoner relatert til smertevurdering og administrasjon, i postoperative pasienter i klinisk praksis.	Observasjonsstudie	12 sykepleiere	Fire barrierer til effektiv smertelindring: sykepleierens reaksjon på forstyrrelser, oppmerksomhet relatert til pasientens signal, varierende tolkning av smerte og innvirkning på krav fra andre sykepleiere, doktorer og pasienter.	Godkjent av etisk komité.
Manias m.fl. (2004) Australia	Undersøke hvordan sykepleiere tar avgjørelser i vurderingen av pasienters smerte, i en postoperativ kontekst.	Ikke-sammenlignende studie Observasjoner og intervju	312 sykepleiere 14,3 % bortfall	Sykepleieres prioriteringer skapte barrierer for å gjennomføre tidkrevende og omfattende smertevurderinger	Godkjent av etisk komité. Informert samtykke fra deltakerne i studien.

McNamara m.fl. (2012) Irland	Vurdere effekten av et akutt-smerte program opp mot å forbedre sykepleieres holdninger, kunnskap og ferdigheter i behandlingen av postoperative smerter.	Blandet-metode, eksperimentell design.	59 sykepleiere	Opplæringsprogrammet gav resultater forbedringer i holdninger og kunnskap rettet mot smertevurdering. Effekten var størst like etter opplæringsprogrammet var gjennomført.	Godkjent av etisk komité. Skriftlig samtykke fra deltakerne i studien.
Schafheutle m.fl. (2001) UK	Identifisere barrierer mot effektiv smertebehandling i sykepleierpraksis.	Intervju og detaljerte observasjoner.	186 sykepleiere (6 sykepleiere deltok ved intervjuer, 180 inkludert ved detaljerte observasjoner).	Sykepleiere stolte på pasientens nonverbale oppførsel, samt la til grunn at pasienten sov, mistenkte avhengighet eller misbruk, for å ikke stille smerterelaterte spørsmål ved medisinerunder.	Informert samtykke
Schafheutle m.fl. (2004) UK	Undersøke sykepleieres uformelle smerterelaterte spørsmål.	Metodetrianglering. Ikke-deltakende observasjoner.	26 sykepleiere	Rutinemessige medisinerunder ble i 1/3 av tilfellene brukt til å stille smerterelaterte spørsmål. Det ble ofte stilt korte og oppgaveorienterte spørsmål.	Informert samtykke
Sjøstrøm m.fl. (1999) Sverige	Stadfeste ulike kategorier innenfor postoperativ smertevurdering og deres nøyaktighet, samt undersøke hvordan sykepleiere opplever smertevurdering.	Kvalitativ studie. Intervju.	10 intensivsykepleiere	Intensivsykepleierne kartla smerter ved: å se, lytte, ta utgangspunkt i tidligere erfaringer, vektlegge talemåte, lære hva man skal se etter og hva man kan gjøre for pasienten.	Godkjent av etisk komité.
Sjøstrøm m.fl. (2000) Sverige	Analysere og beskrive variasjoner i sykepleieres oppfatning av klinisk erfarings betydning, i vurderingen av postoperativ smerte.	Kvalitativ studie Kliniske intervju.	30 intensivsykepleiere (27 kvinner, 3 menn)	Klinisk kompetanse i fm. smertevurdering gav seg utslag i: å kunne se, å kunne differensiere, å kunne gi.	Godkjent av etisk komité. Informert samtykke fra deltakerne i studien.
Wickstrøm m.fl. (2008) Sverige	Undersøke om sykepleierens kunnskaper om smerteadministrasjon hadde forandret seg, etter en to-års periode med	Kvantitativ studie Kryss-seksjons, deskriptiv, to-delt studie.	Del 1 av studien: 96 deltakere (77 pasienter og 19 sykepleiere)	Evnen til å vurdere smerter i henhold til pasientens egen opplevelse bedret seg. 40% av	Godkjent av etisk komité. Informert samtykke

	innføring av et undervisningsprogram for helsepersonellet på avdelingen.		Del 2 av studien: 163 deltakere (141 pasienter og 22 sykepleiere)	sykepleierne oppgav at de ikke brukte VAS og heller ikke kartla smerte i både hvile og aktivitet. 25 % evaluerte ikke effekten av gitte smertestillende medikamenter.	fra deltakerne.
Wilson (2007) UK	Undersøke om videreutdanning og klinisk erfaring påvirker sykepleieres kunnskaper om smerte.	Kvantitativ studie Spørreskjema.	86 deltakere 14% bortfall	Spesialsykepleiere hadde mer omfattende kunnskap enn sykepleiere. Det var ingen sammenheng mellom spesialsykepleierens kunnskapsnivå og erfaring.	Godkjent av etisk komité.
Young m.fl. (2006) USA	Fastslå sykepleieres holdninger til å bruke smertekartleggingsverktøy.	Kvantitativ studie Spørreskjema.	52 sykepleiere	Kunnskap og erfaring hos hver enkelt sykepleier ble målt opp mot holdninger ift. Smertekartlegging sverktøy.	Godkjent av universitetets og sykehusets human rights committee.

2.5 Analyse

I studien ble det gjort en kvalitativ innholdsanalyse, for å identifisere gjennomgående tema og mønster i forskning. Kvalitativ innholdsanalyse handler om å bryte ned data til mindre enheter, for så å finne fellesnevner og deretter navngi de etter hva de representerer (Polit og Beck, 2012). Hovedfokuset i analysedelen var å finne kategorier basert på resultatene i inkluderte studier. Analysen ble innledet med en gjennomlesning av utvalgte artikler hver for seg, for å få et oversiktlig bilde over innhold, metode og resultat. Relevante funn ble markert og til slutt satt sammen til meningsenheter. De inkluderte forskningsartiklene, alle brukt for å besvare hensikten med studien, ble vurdert etter relevans og sett på hvilke områder resultatdelen rettet seg inn mot. Ut i fra resultatet av artiklene, kom det frem flere fellesfaktorer som kunne brukes til å besvare hensikten med studien. Det ble også vurdert om resultatet i forskningsartiklene kunne brukes i flere av kategoriene i denne studien. Under følger et eksempel på hvordan analysen av resultatene er gjort:

Formålet med studien var å beskrive, fra et sykepleieperspektiv, hvordan sykepleierens kompetanse innvirker på vurderingen av postoperativ smerte.

Meningsenheter	Subkategorier	Kategori
<p>I 142 av 316 smerterelaterte aktiviteter brukte sykepleierne enkle spørsmål for å kartlegge postoperativ smerte (1).</p> <p>Det ble også observert at sykepleierne stilte spørsmål som påvirket svaret fra pasientene(1). Andre ganger ble pasientens uttrykk for smerte anerkjent, uten å følge opp med videre spørsmål om tilstanden (2).</p> <p>Når enkle spørsmål ble stilt, ble nonverbale signaler på smerte inkludert i smertevurderingen. Sykepleierne brukte nonverbale signaler til å støtte opp under verbal kommunikasjon (1).</p> <p>Sykepleierne stilte i hovedsak spørsmål rundt pasientens evne til å tolerere smerte og fortsatte planlagte aktiviteter. Enkelte sykepleiere oppfordret til å si ifra dersom opptrening eller mobilisering var smertefull (3)</p> <p>Sykepleiere stilte spørsmål rundt den generelle tilstanden, noe som medførte at pasientene holdt tilbake informasjon vedrørende smertene(3).</p> <p>Smertelaterte spørsmål stilles oftere under medisinerunder, da rundt behov for smertestillende (4).</p> <p>Sykepleiere vurderte om pasienten løy om å få smertestillende, da med tanke på avhengighet. Sykepleiere vurderte pasientens smerte til å være på et visst nivå, ut ifra hvordan vedkommende uttrykte seg verbalt (5).</p>	<p>Enkle og direkte spørsmål gjorde det enkelt for pasientene å snakke om smerte.</p> <p>Forskjeller i hva sykepleiere sier de gjør, og hva de faktisk gjør.</p> <p>Sykepleiere uttalte at smerte i all hovedsak ble kartlagt ved å kommunisere med pasientene</p> <p>Medisinerunder var hyppige brukt til å stille smerterelaterte spørsmål, blant annet grunnet tidspress i arbeidshverdagen.</p>	<p>Kommunikasjon som verktøy i postoperativ smertevurdering</p>

1: Manias E, Bucknall T, Botti M (2004) Assessment of Patient pain in the Postoperative Context, *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), s. 751-769.

2: Manias E, Botti M, Bucknall T (2002) Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice, *Journal of Clinical Nursing*, 11, s. 724-733.

3: Dihle A, Bjølseth G og Helseth S (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, 15, s. 469-479.

4: Schafheutle E I, Cantrill J A, Noyce P R (2004) The nature of informal pain questioning by nurses- a barrier to post-operative pain management?, *Kluwer Academic Publishers*, 26, s. 12-17.

5: Klopper H, Andersson H, Minkkinen M, Ohlsson C og Sjøstrøm B (2006) Strategies in assessing post operative pain- A South African study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, s.12-21

2.6 Etske overveielser

I Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (Forskningsetikkloven 2007, § 1), sies det at "loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etske normer". Når mennesker brukes som deltakere i studier, må det for å ivareta vedkommendes rettigheter utøves forsiktighet (Polit og Beck, 2012). Med bakgrunn i dette, er det tatt hensyn til om anvendte artikler i resultatdelen av studien er godkjent av en etsk komité og deltakerne i anvendt forskning er informert om studiens hensikt. Det er også lagt vekt på at deltakelsen er frivillig, og at informantene har gitt et informert samtykke om å delta i studien.

I søkeprosessen er det lagt vekt på ikke å ha noen meninger om hva resultatene av studiene viser. Dette for at resultatene skal fremstilles på en saklig og objektiv måte. Normer, verdier og holdninger kan være vanskelig å tolke på en objektiv måte. Det er derfor viktig å være bevisst egne verdier og samtidig ærlig om hva subjektiviteten kan innebære (Dalland, 2012).

3.0 Resultat

Granskning av forskningsartiklene resulterte i fire kategorier for studien: holdningers påvirkning på postoperativ smertevurdering, erfaringens betydning for postoperativ smertevurdering, kommunikasjon som verktøy og observasjonskompetanse som grunnlag for vurdering av postoperativ smerte.

3.1 Holdningers påvirkning på postoperativ smertevurdering

En studie viser sykepleiernes positive innstillinger til bruk av smertekartleggingsverktøy. En sykepleier sier at «de hjelper pasientene til å ha det komfortabelt og er gunstig for pasientens velbefinnende». En av sykepleierne hevdet at smertekartleggingsverktøy er et optimalt verktøy for å kartlegge smerte. Nevnte kommentarer indikerer at sykepleierne mente at smertekartleggingsverktøyene var nyttige. Et annet positivt syn rundt bruken av smertekartleggingsverktøy var anskaffelsen av objektive og målbare data. Bruk av smertekartleggingsverktøy gav seg utslag i positive holdninger blant sykepleierne, da de kunne gjennomføre smertevurdering på en pålitelig måte gjennom nøyaktig dokumentasjon av smerte (Young m.fl, 2006).

Enkelte sykepleiere viser negative holdninger i vurderingen av postoperativ smerte (Young m.fl, 2006). En av sykepleierne var bekymret for at bruk av smertekartleggingsverktøy kunne medføre at pasientene ble lei av å oppgi et nummer på en skala, spesielt om smerten kunne sees tydelig uten bruk av skala. Flere sykepleiere mente at bruken av smertekartleggingsverktøy var unøyaktige og subjektive. Det fremstilles av en av sykepleierne at om en pasient oppgir en smerte på 10/10 er det stor sjanse for å overmedisinere vedkommende. Motsatt sies det at en score på 4/10 kan medføre undermedisinering. Det foreslås derfor av sykepleierne at å observere kroppsspråk er bedre. En informant uttalte at smertekartleggingsverktøy ville ha hatt en bedre funksjon om informasjonen fulgte pasienten fra avdeling til avdeling (Young m.fl, 2006). Det kommer fram at sykepleiere visste om bruken av smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smerteintensitet, men sjelden anvendte disse (Dihle m.fl, 2006). Bruk av NRS (Numeretic Rating Scale) forekom i 8,9 % av observerte aktiviteter relatert til smerte. I tilfeller hvor pasienten uttrykte vanskeligheter med å anslå en smertescore, la sykepleierne ned liten innsats for å forklare betydningen av smerteskalaens ulike verdier (Manias m.fl, 2004). Sammenhengen mellom undervisning og holdninger mot bruken av smertekartleggingsverktøy ble undersøkt. Det kommer fram at en gruppe sykepleiere med 1-3 timers opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy hadde lavest score i holdninger mot bruken av disse. Dette i kontrast til en gruppe med over 10 timer opplæring, hvor holdningene var av god karakter (Young m.fl, 2006).

Separate fokusgruppeintervju viste at avdelingens sosiale kontekst har betydning for smertevurdering på en postoperativ avdeling. Det kom her fram beskrivelser av akseptable metoder for smertevurdering på avdelingen. Sykepleierne var enige i at det fantes en felles tilnærming til smertevurdering og ble dermed spurt om hva som skjedde dersom en sykepleiers praksis avviker fra de andres. I uttalelser fra en av sykepleierne, kommer det fram at dette ikke aksepteres. En informant gav uttrykk for at det kom til å bli "fikset". Sykepleierne beskrev en tilegnelse av sosiale aksept, hvor sykepleiere som praktiserte i tråd med avdelingens normer, ble akseptert av kolleger og ledelse (Clabo, 2008).

99,4 % av sykepleierne mener kontinuerlig smertevurdering er av stor viktighet. I tillegg uttaler 85,8 % at pasientene ikke skal måtte oppleve ubehag mellom hver dose smertestillende, og så mange som 84,1 % av sykepleierne mener at pasientene kan forvente fullstendig smertelindring. Resultatet viser at enkelte informanter mener en sykepleiers vurdering av pasientens smerte er mer valid enn pasientens, mens en femtedel er usikre (Schafheutle m.fl, 2001).

I behandlingen av postoperativ smerte, hevdet sykepleierne å «følge boka», i den betydning at de behandlet smerte etter ny kunnskap. Observasjoner tydet derimot på at dette ikke var tilfellet (Dihle m.fl, 2006). Resultater hentet fra studier gjort på en postoperativ avdeling viser at den første smertevurderingen sykepleiere foretar seg, er å sette seg inn i pasientens journal (Clabo, 2008).

Etter innføringen av et undervisningsprogram kom det fram en signifikant bedring i holdninger til pasientens subjektive opplevelse av smerte (McNamara m.fl, 2012). Resultater fra en svensk studie viser derimot at sykepleierens tilnærming til smertebehandling i liten grad hadde endret seg i løpet av en toårsperiode, etter innføringen av et undervisningsprogram. 91 % av sykepleierne gav pasientene informasjon om smertevurdering før operasjonen, en bedring på 17 % fra før undervisningsprogrammet. 40 % fulgte ikke opp ved å bruke VAS skala i smertevurderingen og det ble ikke vurdert smerte under pasientaktiviteter (Wickstrøm m.fl, 2008). Det kommer fram at sykepleierne satt inne med teoretisk kunnskap innen sentrale områder i vurdering- og revurdering av postoperative smerter. Til tross for dette, ble ikke kunnskapen benyttet i den kliniske settingen (Dihle m.fl, 2006). Enkelte sykepleiere hevdet at pasientene de hadde ansvar for ikke hadde smerte (McNamara m.fl, 2012).

3.2 Erfaringens betydning for postoperativ smertevurdering

Flere studier tar for seg betydningen av sykepleierens erfaring i vurderingen av postoperativ smerte (Sjøstrøm m.fl, 1999; Sjøstrøm m.fl, 2000; Young m.fl, 2006; Wilson, 2007; Klopper m.fl, 2006). Sykepleiere sier at erfaring spiller en stor rolle i måten smertevurderingen blir utført på (Sjøstrøm m.fl, 1999). Det kommer fram at sykepleierne ved hjelp av erfaring har lært å differensiere pasientens smerteopplevelse, både på person- og gruppenivå. Observasjoner tyder på at sykepleierens vurdering av smerteintensitet på gruppenivå resulterer i kategorisering uten å ta hensyn til individuelle forskjeller av pasienter. Eksempelvis etter type personlighet. Denne type kategorisering er basert på tilgjengelig informasjon og tidligere erfaringer rundt pasienter med samme type personlighet og blir sett på som et nyttig hjelpemiddel (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Kategorisering på gruppenivå utgjør en referanse for sykepleierne. Differensiering av pasienters smerte sees opp mot kjønn, alder og etnisitet. Sykepleieres kategorisering har også bakgrunn i type operasjon, og dermed hvilken smerteintensitet pasienten kan vente å oppleve. På spørsmål om hva sykepleierne lærer av erfaring, uttaler en uerfaren sykepleier at det ikke alltid finnes et fast mønster for om en pasient opplever smerte eller ikke. En meget erfaren sykepleier uttaler at hennes erfaring gjør henne i stand til å dra paralleller fra tidligere erfaringer på en bedre måte enn en uerfaren sykepleier ville ha gjort. Det er antall pasienterfaringer som har lært sykepleierne å se om pasienten opplever postoperativ smerte. Ved å se flere pasienter med postoperative smerter, danner sykepleierne seg et mønster for hva som er "normalt". Informantene uttalte at de kunne "hvordan det vanligvis er" og at hva de ser overgår pasientens subjektive opplevelse og verbale uttrykk for

smerte. Det profesjonelle kliniske blikket innvirker på sykepleierens tillitt til egen smertevurdering. En av deltakerne i studien uttaler at mer erfaring bedrer selvtilliten og dermed vurderingen av pasientens smerte (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Det kommer fram at lang erfaring ikke nødvendigvis har en sammenheng med en positiv innstilling til bruken av smertekartleggingsverktøy. Sykepleiere med færre enn 5 års erfaring viste seg å ha størst grad av negativt syn til bruken av smertekartleggingsverktøy, mens deltakere med 5-10 års erfaring hadde den beste innstillingen. Sykepleiere med 10 eller flere års erfaring scoret nest lavest i studien (Young m.fl, 2006).

Funn viser at sykepleieres erfaring gjorde det mulig å lære seg en typologi av pasienter. Fokuset var her på pasientens subjektive opplevelse av smerte, samt faktumet at ulike typer operasjoner medfører ulike typer smerte. Sykepleiere sammenlignet ulike typer operasjoner og vurderte derav smerte i overensstemmelse med disse. En uttalelse fra en av sykepleierne belyser dette: "Jeg har sett de fleste postoperative pasientene som har gjennomgått samme operasjoner, så jeg tror de fleste av disse opplever samme type smerte" (Klopper m.fl, 2006). Fokuset er ikke på den individuelle pasienten, men heller på hvordan pasienter med visse diagnoser eller operasjoner vanligvis opplever smerte (Sjøstrøm m.fl, 1999). Det sees en sammenheng mellom en sykepleiers erfaring knyttet opp mot kunnskap om smerte, men ingen sammenheng ble funnet hos spesialistsykepleiere (Wilson, 2007).

3.3 Kommunikasjon som verktøy

Det kommer fram at i 142 av 316 smerterelaterte aktiviteter, brukte sykepleiere enkle spørsmål for å kartlegge postoperativ smerte. Disse enkle spørsmålene fremkalte oftest korte svar fra pasientene og ble noen ganger fulgt opp med oppklarende spørsmål for å innhente ytterligere informasjon. I tilfeller hvor pasientene responderte med ja eller nei, ble det også gitt motsigende kommentarer, eksempelvis: "jeg opplever ingen smerte, men foten min er sår". Ved slike svar, fokuserte sykepleierne overveiende på det at pasienten ikke opplevde smerte, istedenfor å ta hensyn til tilleggsinformasjonen. Som et resultat av dette ble det ikke administrert smertestillende. Sykepleiere ble også observert å stille spørsmål som påvirket svaret fra pasientene; "Det var ikke så vondt, var det vel?" (Manias m.fl, 2004). Andre ganger anerkjente sykepleierne pasientens uttrykk for smerte, uten å følge opp med videre spørsmål om tilstanden (Manias m. fl, 2002). Når enkle spørsmål ble stilt, ble nonverbale signaler på smerte inkludert i smertevurderingen. Sykepleiere brukte nonverbale signaler som en type bevis for å støtte opp under verbale kommunikasjon på at pasienten ikke opplevde smerte (Manias m.fl, 2004).

I tilfeller hvor pasientene uttrykte smerte i forbindelse med postoperative aktiviteter, responderte sykepleierne med å spørre om pasienten "mestret" smertene. Senere bekreftet de at pasientene taklet det bra og minnet de på om å puste dypt. På spørsmål om hvorfor det ikke ble administrert smertestillende medikamenter før aktiviteter, responderte en av informantene med at hun forventet at pasientene tolererte en viss smerte i forbindelse med aktiviteter, som for eksempel mobilisering og sårskift. Det ble i hovedsak stilt spørsmål rundt pasientens evne til å tolerere smerte og fortsette planlagte aktiviteter (Manias m.fl, 2002). Imidlertid var det sykepleiere som oppfordret pasienter til å

si ifra om mobilisering eller opptrening var smertefullt, eller heve stemmen før smerten ble for stor (Dihle m.fl, 2006).

Det sees forskjeller i sammenligningen av hva sykepleierne sier de gjør, og hva de faktisk gjør i måten å vurdere postoperativ smerte på. Sykepleierne uttalte at smerte i all hovedsak ble kartlagt ved å kommunisere med pasientene, men observasjoner viste en manglende og usystematisk smertevurdering. Det kommer fram at sykepleiere stilte direkte spørsmål, noe som gjorde det enkelt for pasientene å snakke om smerte. Spørsmålene kunne være; "har du smerter?" eller "hvordan er smertene?". Andre sykepleiere stilte pasientene spørsmål om den generelle tilstanden, som "hvordan har du det?". Denne type spørsmål førte til at pasienten holdt tilbake informasjon og spørsmål vedrørende smerte. Dersom pasienten var stille, ble dette sett på som et tegn på at vedkommende var godt smertelindret. I slike situasjoner responderte sykepleierne med å informere pasienten om å bruke varselsklokka ved behov. I en situasjon hvor pasienten mente de smertestillende medikamentene var for svake, og dermed unnlot å ta de, aksepterte sykepleierne dette og lot pasienten ta avgjørelsen. Dette istedenfor å komme med en faglig begrunnelse og forklaring på hvorfor medikamentet var nødvendig å ta (Dihle m.fl, 2006).

Det viser seg at sykepleierne stiller smerterelaterte spørsmål oftere under medisinrunder, enn ved andre situasjoner (Schafheutle m.fl, 2004). Funn ut fra observasjoner viser likevel at ikke alle sykepleiere benytter anledningen til å få en verbal beskrivelse av smerten under medisinrunder. De fire mest hyppig nevnte årsakene til dette var at pasienten (Schafheutle m.fl, 2001):

*** Generelle tilstand og mobilitet virket god**

*** Nettopp hadde mottatt analgetika**

*** Mottok PCA eller epidural behandling**

*** Var sovende**

Observasjoner viser at spørsmålene stilt ved medisinrunder relaterte seg til pasientens behov for smertestillende, samt smerteintensitet. Ved sjeldne anledninger ble postoperativ smerte kartlagt med tanke på lokalisasjon eller varighet (Schafheutle m.fl, 2004).

En måte å vurdere postoperative smerter var å stole på hva pasienten uttrykte verbalt. I denne vurderingen inngikk aspektet om hvorvidt sykepleierne trodde pasienten løy om smerter for å få smertestillende, da med tanke på avhengighet. Det var viktig for deltakerne å finne ut om pasienten virkelig opplevde smerte. En annen strategi brukt for å vurdere pasientens smerte var å følge pasientens talemåte. Sykepleierne vurderte pasientens smerter til å være på et visst nivå, ut ifra hvordan vedkommende verbalt uttrykte seg (Klopper m.fl, 2006).

3.4 Observasjoner som grunnlag for vurdering av postoperativ smerte

Sykepleiere oppfatter det som essensielt å ha observasjonskompetanse i vurderingen av postoperativ smerte. Da med fokus på hvordan pasienten ser ut og objektive, fysiske uttrykk for postoperativ smerte. Verbale utsagn er her enten ignorert, eller sett på som mindre viktig (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Observasjoner sykepleierne gjorde refererte til fysiske kriterier som var ulike fra "normalen", eksempelvis; blodtrykk, puls, respirasjon, hudfarge, liggstilling og ansiktsuttrykk. En sovende pasient ble tatt for å være smertefri. Sykepleierne brukte ofte å validere deres egne vurderinger opp mot pasientens egen opplevelse av smerte. Ved å observere pasienter med postoperativ smerte, dannet informantene seg et inntrykk av hva som er "normalt" (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Pasientene ble beskrevet som at "hun hadde smerte" og "hun var sliten", ut i fra hvilke kriterier som legges til grunn for hvordan mennesker med smerter ser ut. Hva pasienten ikke gjorde ble også sett på som om vedkommende hadde smerter eller ikke. Objektive tegn på smerte ble sett opp mot troverdigheten av pasientens utsagn ved å sammenligne disse med objektive kriterier på smerte (Sjøstrøm m.fl, 1999). Enkelte deltakere kom med refleksjoner rundt egne observasjoner angående pasientens nonverbale oppførsel. Disse kunne være at vedkommende er godt smertelindret "dersom pasienten snakker med pårørende og nonverbalt ser ut bra ut" og "er mobil og uavhengig av hjelp" (Schafheutle m.fl, 2001).

Sykepleiere ble observert til å respondere på ulike måter til både verbal og nonverbal oppførsel relatert til smerte. Informantene var observante på smerte når andre observasjoner som blodtrykk, puls og temperatur ble gjort. Under observasjoner hadde sykepleierne en tendens til å vurdere smerte i forbindelse med operasjonssåret, istedenfor å fokusere på andre typer smerte relatert til inngrepet (Manias m.fl, 2002). Smertevurderingen ble gjort ved å observere pasientens reaksjon på berøring av operasjonsstedet (Klopper m.fl, 2006). Da en pasient uttrykte smerter i forbindelse med et innlagt kateter, rettet fortsatt sykepleieren fokus mot smerten rundt operasjonssåret. Vedkommende skulle derfor sjekke om pasienten kunne få mer smertestillende. Dette til tross for at pasienten klart uttrykte at smertene kom fra urinrøret. Enkelte ganger, etter forespørsel fra pasienter, fokuserte sykepleierne på årsaker til smerte uten relevans til operasjonssåret (Manias m.fl, 2002).

Observasjoner av nonverbale tegn på smerte ble beskrevet som svetting, blekhet, kroppsspråk og aktivitetsnivå. Det kommer fram ulikheter i sykepleieres oppmerksomhet rundt pasientens smerte. Enkelte deltakere var oppmerksomme på både verbale og nonverbale tegn. Det ble observert at en av sykepleierne henvendte seg til en pasient som berørte armen, med den hensikt å spørre etter smerter. Vedkommende bekreftet at han opplevde smerter. Andre sykepleiere var mindre sensitive for tegn på ubehag, og lyttet på pasientens klager, uten å handle på disse (Dihle m.fl, 2006).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjon innebærer å diskutere litteraturstudiens resultat ut ifra hensikt, problemstillinger og bakgrunns litteratur (Forsberg og Wengstrøm, 2003).

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleierens kompetanse innvirker på vurderingen av postoperativ smerte. Resultatene viser at sykepleieres innstilling til smertekartleggingsverktøy er varierende, og det sees en sammenheng mellom avdelingens sosiale kontekst og påvirkning på tilnærminger til postoperativ smertevurdering. Studier viser ulike resultater omhandlende undervisning relatert til sykepleieres holdninger, da både med positivt- og uforandret utfall. Tidligere erfaringer gjør at sykepleiere kategoriserer og resultater viser at sykepleiere hevder det er antall pasienterfaringer som gjør de i stand til å se om pasienten opplever smerte. Viktigheten av måten sykepleier kommuniserer på kommer fram, da måten spørsmål formuleres på kan gi seg utslag i hva pasienten velger å informere om. Sykepleiere hadde en tendens til å fokusere kun på smerter relatert til operasjonen, og fikk dermed ikke kartlagt andre smerterelaterte problemer pasienten satt inne med. Observasjoner ble sammenlignet opp mot hvordan mennesker med smerter vanligvis ser ut og oppfører seg.

4.1.1 Holdningers påvirkning på postoperativ smertevurdering

Innledningsvis i studien ble det skrevet om sykepleieres varierende holdninger til smertekartlegging. Da det viser seg at sykepleiere tilpasset seg avdelingens kultur for smertevurdering, kan det tolkes som at sykepleierpraksisen er forankret i avdelingens rutiner. Dette belyses gjennom utsagnet; " det bare blir slik vi gjør det her" (Clabo, 2008). Med bakgrunn i nevnte utsagn, kan det sies at det ligger en mulighet for sykepleiere å tilpasse seg en ensidig praksis, da kulturen på arbeidsplassen er lite åpen for nye tanke- og handlingsmønstre. En slik praksis kan medføre press på både nyansatte og uerfarne sykepleiere til å rette seg inn etter avdelingens normer, noe som kan sees som negativt for faglig utvikling og ikke minst forsvarlig praksis med hensyn til pasientens velbefinnende.

Retningslinjer for smertebehandling i Norge (2009) sørger for en standard for smertevurdering og er utarbeidet med tanke på å sørge for at pasientens smerte blir oppdaget, dokumentert og lindret øyeblikkelig. Det å følge klare retningslinjer kan skape en slags trygghet, da disse sier noe om standarden på smertevurderingen, men kan også være villedende med tanke på å møte pasientens individuelle behov. Postoperativ smerte er som kjent en subjektiv opplevelse og derfor vanskelig å kartlegge kun ved å følge fastlagte retningslinjer. Når det da i en amerikansk studie (Clabo, 2008) kommer fram at sykepleiere beskriver sin egen standard for akseptabel metode for smertevurdering på avdelingen, sier dette noe hvorvidt holdninger blant sykepleierne er med på å påvirke postoperativ smertevurdering.

Tidligere erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøy viser at sykepleiere vurderer Numeric Rating Scale (NRS) til å være godt egnet for vurdering av smerte ved mobilisering, i ro og for revurdering etter administrering av analgetika (Lien m.fl, 2010; McNamara m.fl, 2012). Dette samsvarer med funn fra en kanadisk studie, utført på postoperative pasienter i alderen 18-86 år, hvor pasientenes egen vurdering av smerteskalaer ble belyst (Gagliese m.fl, 2005). Nyutdannede sykepleier gav uttrykk for at NRS ikke ble brukt dersom tidligere erfaringer tilsa at pasienten viste

usikkerhet rundt bruken av kartleggingsverktøyet (Lien m. fl, 2010). Når det da kommer fram at smertevurdering ved hjelp av NRS kun blir benyttet i 28 av 316 smerterelaterte aktiviteter (Manias m.fl, 2004), kan man stille spørsmål om disse funnene kan forankres i sykepleiere holdninger, eller om årsaken kan relateres til manglende kunnskaper. En studie gjennomført på to ulike sykehus i Oslo fant at sykepleiere ofte stolte på sin personlige oppfattelse i vurderingen av pasientens smerte (Dihle m.fl, 2006). Slike holdninger avviker fra en ideell smertevurdering, som er å kople hver enkelt pasients smerteopplevelse med sykepleierens egen erfaring og kunnskap (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Utsagn som støtter opp under resultater om sykepleieres holdninger er eksempelvis: Pasienten blir spurt om å vurdere sin egen smerte ved hjelp av NRS skalaen (1-10), hvor vedkommende responderer med, "Hva ligger i tallet 10? Er det når du henger noen etter tærne?" Sykepleieren responderer med å si "ja" (Manias m.fl, 2004). I nevnte eksempel blir det fra sykepleierens side lagt ned liten innsats for å forklare tallene på NRS- skalaen. Da det kommer frem at enkelte pasienter sammenlignet nåværende smerte med verst tenkelig smerte, samt verst tidligere opplevde smerte, belyses viktigheten av sykepleierens holdninger rettet mot bruken av smertekartleggingsverktøy. Litteraturen indikerer at bruken av et spesifikt smertekartleggingsverktøy ikke er passende i alle situasjoner (Torvik m.fl, 2008). På bakgrunn av dette kommer viktigheten av individuelt å tilpasse ulike smertekartleggingsverktøy fram, også med tanke på ulike omstendigheter.

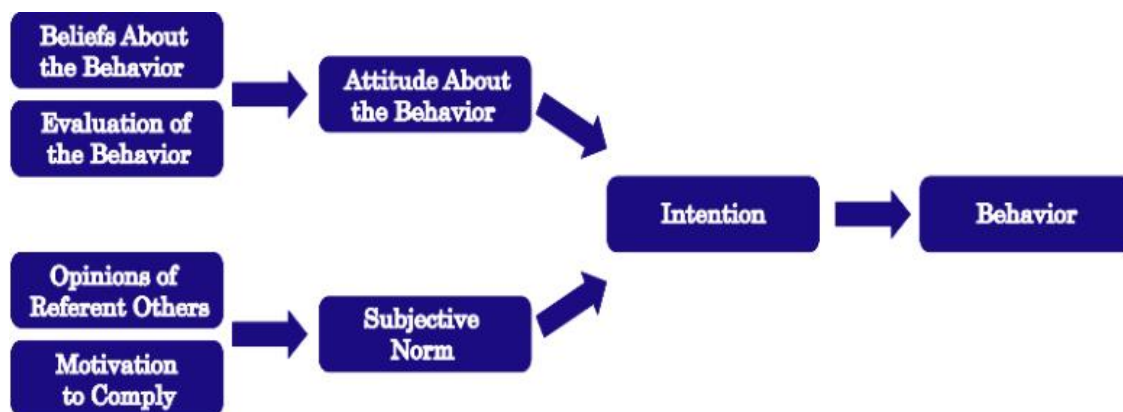
En studie viser at sykepleiere kan sitte inn med teoretisk kunnskap om smertevurdering, men ikke nødvendigvis implementerer denne kunnskapen i praksisfeltet (Wickstrøm m.fl, 2008). Dette i seg selv er en barriere til god postoperativ smertebehandling. I resultater fra en studie gjennomført på to norske sykehus, kommer det fram at sykepleierne satt inne med mangelfull kunnskap vedrørende postoperativ smertebehandling, og at kunnskapen ikke var integrert til å bli ens egen personlige kunnskap (Dihle m.fl, 2006). Ovennevnte resultater kan tyde på at klinisk kompetanse utvikler seg over tid og at sykepleierne tilpasser seg avdelingens normer og holdninger.

Flere studier viser en positiv korrelasjon mellom bruk av undervisningsprogram og holdninger (Young m.fl, 2006; Wilson, 2007; McNamara m.fl, 2012). Sykepleieres holdninger ble utforsket ved å se på ulike påstander vedrørende smertevurdering. Funn viser at det å tro på pasientens smerteopplevelse, tidspunkt for smertevurdering og avhengighetsproblemer, ble sett på som de største hovedutfordringene. Funnene samsvarer med annen forskning, som viste at negative holdninger har en sammenheng med mangel på kunnskap hos helsepersonell. Fall i resultater knyttet til undervisningsprogrammet like etter og 6 uker etter undervisningsprogrammet, viser at implementering av kunnskap er mest hensiktsmessig om den er vedvarende (McNamara m.fl, 2012). Det sees forskjeller i spesialsykepleiers og sykepleiers kunnskaper. Ved å vise en større forståelse for respons på smerte oppnådde spesialsykepleiere en høyere score på spørsmål vedrørende kunnskaper rundt smerte. Nevnte resultat må sies å være forventet, ut i fra spesialsykepleieres utdanningsbakgrunn. Til tross for dette, kan det diskuteres om kunnskapsnivået også påvirkes av avdelingens arbeidsmiljø og faglige fokus.

Ajzen og Fishbein (1980) presenterer en holdningsmodell (se figur 1), hvor det beskrives en metode for å karakterisere en persons holdning mot et spesifikt objekt. To mennesker kan lære å ha lik holdning til ett gitt stimulus, men kan avgi ulik respons på en lært holdning. Til tross for at holdningen før eller siden predisponerer de til å opptre likt, da med enten positivt eller negativt utfall, vil oppførselen variere i forhold til hvilke miljø vedkommende befinner seg i. Selv om kunnskapen om

holdningen til et menneske, i dette tilfelle en sykepleier, sier lite om hvordan vedkommende vil opptre i enkeltsituasjoner, forklarer den hvordan det generelle mønsteret for atferd vanligvis er (Ajzen og Fishbein, 1980). Ut fra resultatene i denne studien kan det dras en parallell fra Ajzen og Fishbeins holdningsteori, opp mot sykepleierens holdninger til postoperativ smertevurdering, da studier viser at sykepleieres holdninger påvirkes av sosiale forhold på avdelingen. Subjektive normer ser på individers innflytelse på avdelingens sosiale miljø. Subjektive normer kan påvirke sykepleiere til å utøve eller ikke utøve en gitt atferd, også kalt intensjon. Dette uavhengig av personens egen holdning (Ajzen og Fishbein, 1980). Modellen viser at kombinasjonen av holdninger og subjektive normer til slutt medfører den faktiske atferden. En ytterligere likhet mellom nevnte teori og resultater fra forskning, viser at praksis på avdelingen er bemerkelsesverdig lik blant sykepleierne i tilnærmingen til postoperativ smertevurdering (Clabo, 2008). Dette kan også ha en sammenheng med funn om at kunnskap ikke blir benyttet i praksis, da avdelingens sosiale påvirkningskraft kan medføre en tilvenning av en akseptabel metode for smertevurdering. Medarbeideres meninger og holdninger påvirker derfor atferden til sykepleieren, noe som fremhever viktigheten av gode holdninger for en optimal smertevurdering. Ut ifra dette kan det virke som om det blir vanskelig for sykepleiere å implementere kunnskap om denne ikke er i overensstemmelse med avdelingens etablerte kultur (Clabo, 2008).

Figur 1: Ajzen og Fishbein- Theory of Reasoned Action



Fishbein-Ajzen Theory of Reasoned Action

Et oppsiktsvekkende funn er at 19,1 % av sykepleiere ved postoperative avdelinger er usikre på om det er sin egen oppfattelse, eller pasientens smerteopplevelse som er av størst betydning (Schafheutle m.fl, 2001). Sykepleieres tillitt til egen vurdering av pasientens smerte, derav utsagn om at egen vurdering faktisk er viktigere enn pasientens, må sies å være en barriere til god postoperativ smertebehandling. Resultatet viser at sykepleieres manglende anvending av smertekartleggingsverktøy kan ha bakgrunn i oppfatningen om pasientens manglende evne til å forstå meningen med å sette tall på smerten. Dette, samt enkelte sykepleieres valg om å stole på egen vurdering av pasientens smerte, viser innvirkningen holdninger har på postoperativ smertevurdering.

Sykepleiers holdninger i forhold til postoperativ smertevurdering er ikke kun negative. Negative holdninger medfører store konsekvenser for pasientens velbefinnende, og det er derfor oppsiktsvekkende at resultatet viser negative holdninger mot en postoperativ smertevurdering.

4.1.2 Erfaringens betydning for postoperativ smertevurdering

Studien viser at sykepleiere fokuserer på objektive tegn når de vurderer smerte. Fokus mot objektive tegn på smerte, som eksempelvis ansiktsuttrykk, puls og liggstilling, medførte en kategorisering av pasienter. Kategoriseringen kan ha både et positivt og negativt utfall. Ved å kategorisere benytter sykepleiere seg av generell kunnskap de har opparbeidet gjennom erfaring (Sjøstrøm m.fl, 2000). Denne kunnskapen går ikke på hver individuelle pasients smerteopplevelse og kan derfor sies å være negativ i smertevurderingen. Med et for stort fokus på det objektive, vil den subjektive informasjonen ikke bli nyttiggjort. Resultatet av kategorisering kan derfor bli et tankemønster preget av lite forandring i sykepleiernes smertevurdering. Samtidig kan et fokus på kategorisering av pasienter medføre en trang til å plassere hver enkelt pasient inn i en spesifikk kategori. For å tolke en situasjon relatert til smerte, bruker vi en forforståelse, som går igjen i nye situasjoner. Sykepleiere har ulike forforståelser, basert på den enkeltes personlige erfaring, sosiale bakgrunn og det som tilegnes i arbeidspraksis og utdanning (Thorbjørnsrud, 2009). Dette kan være med på å forklare hvorfor studien viser et stort fokus på å kategorisere hver enkelt pasient. I litteraturen sies det at å kategorisere er en grunnleggende menneskelig prosess. Utfordringer ligger i å være oppmerksom på at dette bare er arbeidshypoteser og forutsetter at sykepleiere tar til seg ny informasjon. På denne måten kan de lære, og dermed utvikle mer adekvate handlingsmønstre. På bakgrunn av dette, vil en mer ideell smertevurdering inkludere den individuelle pasientens opplevelse, sammen med sykepleierens generelle erfaring (Sjøstrøm m.fl, 2000).

Kategorisering av pasienter kan også ha positive aspekter ved seg. Det å opparbeide seg referanser kan brukes som en ressurs for å være oppmerksom på hvordan en pasientgruppe ofte opplever smerten etter operative inngrep. Samtidig kan dette brukes som en ressurs for å være oppmerksom på hvorfor smerte kan variere fra individ til individ. Sykepleiere med vid erfaring kan dele lærdom med ferske, mer uerfarne sykepleiere. Det sies at erfaringer kan inkluderes i utvikling av undervisning relatert til postoperativ smertebehandling. Dette vil ikke bare medføre større troverdighet til sykepleieres praksis, men også motivere mindre erfarne sykepleiere til å delta i smertevurderingen (Richards & Hubbert, 2007).

En studie viser at sykepleiere vektlegger pasientens velbefinnende høyt i den postoperative fasen (Sloman m.fl, 2005). Spørsmålet er da hvorfor pasientens oppgitte smerte har et stort avvik fra sykepleierens vurdering. En studie kommer fram til at begge parters erfaring kan spille inn. Pasienten sammenligner smerten med tidligere erfaringer, mens sykepleier anvender erfaring med smerte i forhold til andre pasienter de har møtt gjennom år med erfaring (Sloman m.fl, 2005).

Ut fra resultatet kan vi se at det å legge til rette for et miljø hvor sykepleierne utvikler kunnskaper gjennom å dele erfaringer, er av stor viktighet (Richards & Hubbert, 2007). Dette støttes av Lien m.fl (2010). Sykepleiere sosialiseres inn i et arbeidsmiljø. Sosialisering henviser til prosessen med å finne sin yrkesrolle som sykepleier i en avdeling på et sykehus. En slik prosess innebærer å innføre og internalisere holdninger, normer, verdier og arbeidsmetoder i sykepleiepraksis (Hem, 2009). Mye av

den viktigste læringen skjer her. Når resultatet viser en kategorisering, uten å ta hensyn til individuelle forskjeller i pasientens smerteopplevelse, kan dette sies å være en barriere til god smertevurdering.

Resultatet viser at økt erfaring ikke nødvendigvis resulterer i et positivt syn på bruken av smertekartleggingsverktøy. Dette kan tyde på at det er mer enn erfaring som er viktig når det gjelder forandringen av sykepleieres holdninger relatert til dette emnet. En studie foreslår at nyutdannede sykepleiere kan utdype sine kunnskaper gjennom å reflektere over pasientens erfaringer sammen med mer erfarne sykepleiere (Lien m. fl, 2010). Arenaer for slik utvikling av erfaringsbasert kunnskap kunne eksempelvis være en midtrapport. Sykepleieres stadig økende tidspress og forstyrrelser kan være en barriere til å gjennomføre faglige diskusjoner. Dette samsvarer med en tidligere studie, som viser at stress og forstyrrelser utgjør barrierer for utvikling av klinisk kompetanse (Manias m.fl, 2004).

4.1.3 Kommunikasjon som verktøy

Resultatet viser at den mest anvendte metoden for smertevurdering var å stille enkle spørsmål. Selv om det foretrekkes å fremme pasientens subjektive opplevelse av smerten, var dialogen mellom pasient og sykepleier relativt kortvarig, noe som resulterte i flertydighet og misforståelser. Som følge av at sykepleierne ikke sørget for et mer omfattende bilde av den postoperative smerten, ble den påfølgende smertebehandlingen negativt påvirket. Pasientenes rolle viste seg å bli passiv, da de inntok en passiv rolle i dialogene ved å heller besvare sykepleierens spørsmål, enn å frivillig ta kontakt ved smerteproblematikk. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon i smertevurderingen (Manias m.fl, 2004).

Sett ut ifra resultatet i studien, kan man argumentere med at sykepleieres vurdering om ikke å stille smerterelaterte spørsmål ved medisinerunder kan ha bakgrunn i fokus på andre arbeidsoppgaver. Medisinerunder er preget av et fast skjema og det vil derfor sannsynligvis ikke bli satt av tid til en god dialog mellom pasient og sykepleier. Sykepleiere gjør egne vurderinger for når smerterelaterte spørsmål bør utelates, eksempelvis vurderes det at en sovende pasient ikke er tilgjengelig for smertevurdering (Schafheutle m.fl, 2001). Spørsmål kan stilles vedrørende om pasienten virkelig er sovende eller kun lukker øynene, eventuelt lukker øynene for å takle smerten. I en studie fra UK, gjort for å belyse faktorer som forhindrer en optimal smertebehandling ved kirurgiske avdelinger, kommer det fram at hele 92.7 % av alle sykepleierne sa seg enige i at manglende ansiktsuttrykk relatert til smerte ikke nødvendigvis var ensbetydende med smertefrihet (Schafheutle m.fl, 2001). I kontrast til ovennevnte resultat, viser observasjoner gjort i en annen studie at størst andel av spørsmål vedrørende postoperativ smerte ble stilt ved medisinerunder (Schafheutle m.fl, 2004). Dette kan sees som en følge av sykepleieres tidspress i den kliniske hverdagen, noe som samsvarer med resultater om at tidspress og økt arbeidsmengde er den hyppigst rapporterte årsaken til manglende smertevurdering (Bell og Duffy, 2009).

Ut ifra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), hvor det sies at "sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap", kan det argumenteres med at ovennevnte funn relatert til sykepleieres tidspress og arbeidsmengde ikke er en adekvat nok grunn for å unnlate postoperativ smertevurdering. Effektiv organisering av eget arbeid vil derfor være essensielt i fremmingen av god postoperativ smertevurdering. Her kommer den dobbelte

sykepleierkompetansen inn, da klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse sees som gjensidig utfyllende kompetanseområder. Med dette menes å forstå helseorganisasjonen som et system og det å kunne organisere pasientarbeidet. Det er mange rolleforventninger til utøvelsen av sykepleie. Forventninger om høy effektivitet og tempo i yrkesutøvelsen fra arbeidsgiver, møter forventninger om å vise forståelse og empati med pasient og pårørende. I tillegg til pasientens forventninger, fremhever politikerne i St. meld 47 sykepleieres ansvar for å forvalte samfunnets knappe ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008- 2009). For mange vil disse målene oppleves vanskelig å forene, men med god organisering vil kvaliteten på sykepleien styrkes og gjøre utøvelsen av yrkesrollen mer profesjonell. Sykepleieres kompetanse rundt å organisere eget og andres arbeid kan være avgjørende for den faglige kvaliteten, samt pasientens opplevelse av kvalitet i den postoperative smertebehandlingen (Orvik, 2004). Sykepleiere er ansvarlige for god kommunikasjon med pasienter for å møte behov og sørge for god pleie. Å møte pasienters behov i smertevurderingen, handler om å oppmuntre til å uttrykke behov, noe som igjen bidrar til delaktiggjøring i smertebehandlingen.

Hjelpende kommunikasjon handler om å få fram pasientens perspektiv, da blant annet ved aktiv lytting. Gode kommunikasjonsferdigheter sees som hjelpemidler til å forstå pasientens situasjon og dermed ta gode beslutninger sammen. Det kan derfor sies at kompetanse innenfor kommunikasjon er en kvalitetssikring for både pasient og sykepleier (Eide og Eide, 2010). Det kommer fram at for sykepleiere er lytting til pasientens utsagn av større betydning enn observasjoner (Manias m.fl, 2004), noe som fremhever viktigheten av sykepleieres kommunikative kompetanse. Med bakgrunn i McCaffery og Beebes (2001) definisjon av at smerte er en subjektiv opplevelse, kommer viktigheten av hjelpende og pasientrettet kommunikasjon frem. Det faktum at smerte er en personlig opplevelse er også gjeldende for sykepleiere, noe som fordrer å legge til side personlige oppfattelser i smertevurderingen.

Studien viser at sykepleiere benytter seg av åpne og konkrete spørsmål. Da åpne spørsmål inviterer til beskrivelser, samt gir pasienten anledning til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser, er dette positive faktorer i smertevurderingen. Å stille åpne spørsmål har som mål å åpne for den andres subjektivitet, noe som er viktig for å få en forståelse av pasientens smerte (Eide og Eide, 2010). Dette støtter igjen opp om McCaffery og Beebes (2001) definisjon av smerte.

Observasjoner viser at sykepleiere benytter seg av ledende spørsmål, hvor svaret ligger innbakt i spørsmålet. Dette medfører lite rom for utfyllende svar, og kan medføre at selve hensikten med pasientkontakten faller bort. En årsak til sykepleieres bruk av ledende spørsmål kan være et bevisst eller ubevisst ønske om å få bekreftet egne forestillinger og sees som negativt for en optimal postoperativ smertevurdering. I litteraturen hevdes det at å anvende ledende spørsmål innledningsvis i en samtale kan invitere til en mer uformell dialog, for senere å komme inn på gjeldende tema (Eide og Eide, 2010). Dette kan relateres til studien, men utsagn fra sykepleiere viser at spørsmålene rettet seg inn mot smerteopplevelse i forbindelse med daglige gjøremål. Dette kunne være i forbindelse med skift på operasjonssår; "det sårskiftet var ikke så smertefullt, var det vel?" (Manias m.fl, 2004). Sannsynligheten for at de ledende spørsmålene da ble stilt bevisst, eller ubevisst for å bekrefte egne forestillinger kan derfor sees på som stor.

Studien viser at forstyrrelser i kommunikasjonen var en barriere i smertebehandlingen, noe som kan ha påvirket smertevurderingen og dermed ført til forsinkelser mellom selve smertevurderingen og

administrering av smertestillende. Sykepleiere rapporterer om økt arbeidsmengde og tidspress, en faktor som kan føre til forstyrrelser i form av å rette fokus mot andre oppgaver. Det å unnlate å sette av tid til en pasient i smertevurderingen, kan sende signaler om at sykepleieren er opptatt med andre arbeidsoppgaver, og dermed fungere som en barriere i hjelpende kommunikasjon. Samtidig vil manglende tid medføre mindre tid til å tilegne seg kliniske kunnskaper innenfor smertevurdering, en essensiell oppgave for sykepleiere tilknyttet kirurgiske avdelinger. Observasjoner viser at konsekvensen av å sende ut nevnte signaler, er en mer nølende tilnærming fra pasientens side (Manias m.fl, 2002). Slike observasjoner kan indikere at forstyrrelser i smertevurderingen fører til et mer distansert pasient- sykepleier forhold. Et uheldig utfall. En annen forklaring, kan være mangel på kunnskap, noe som gjør at sykepleiere responderer på forstyrrelser som en form for unnvikelsesteknikk i den kliniske hverdagen med å sørge for god pleie til postoperative pasienter. Det foreslås at dersom denne problematikken fortsetter å være en del av sykepleiepraksis, kan det få innvirkninger på måten å tilegne seg kunnskap og erfaring på (Manias m.fl, 2002).

4.1.4 Observasjoner som grunnlag for vurdering av postoperativ smerte

Observasjon av atferd innebærer utfordringer, fordi andre persons vurdering av smerteintensitet sjelden samsvarer med individets egen opplevelse av smerte. Sykepleieres observasjoner danner ofte grunnlaget for videre vurdering av smertebehandling. Undervurdering av smerte vil derfor resultere i undermedisinering og bryter dermed med sykepleieres profesjonelle ansvar. Undervurderingen av postoperativ smerte kan sees opp mot resultater relatert til sykepleieres manglende kunnskap (Sloman, 2005). Det snakkes ofte om faglig forsvarlighet som en minstestandard, noe som innebærer å utføre arbeid ut i fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven § 4, 2012). Studier viser at sykepleieres kunnskaper rundt postoperativ smertevurdering er lave. Helsepersonelloven § 4 sier at "helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig". Med bakgrunn i dette kan sykepleieres utøvelse sies å ikke være i tråd med lovverket.

Florence Nightingale fremhever observasjonskompetanse som en av de viktigste delene av sykepleierens praktiske kompetanse (Nightingale, 1984). Betingelsen for å se og vurdere det som er faglig og klinisk viktig, forutsetter en oppmerksomhet mot verdier, verdighet, selvbestemmelse og pasientens subjektive ubehag (Nightingale, 1984). Sykepleieres oppmerksomhet til pasientenes tegn på smerte varierte. Det foreslås at disse variasjonene kan sees opp mot teori vedrørende empati (Dihle m.fl, 2006). Empati karakteriseres som evnen til å sette seg inn i andres situasjon, via vår forestillingsevne (Nortvedt, 2008). I litteraturen sies det at følsomhet ovenfor ulike aspekter av pasientens subjektive opplevelse bidrar til faglig årvåkenhet. Tegn på subjektiv smerte kan være viktige faktorer for å rette sykepleierens oppmerksomhet mot pasientens ubehag. God faglig observasjon avhenger av noe langt mer enn observasjon av rene patologiske tegn og kunnskap rundt hva disse tegnene innebærer. Observasjonskompetanse har også bakgrunn i moralsk sensitivitet, som betyr at sykepleieres observasjonskompetanse også omhandler å ta inn over seg pasientens erfaringsverden som smertelidende (Nortvedt, 2008). Dette sees som en fordelaktig tilnærming til postoperativ smertevurdering. Det foreslås derfor at en måte å lære sykepleiere å være mer empatisk, er gjennom undervisningsprogrammer (Dihle m.fl, 2006)

Resultatet viser en tendens til å rette fokus mot smerte relatert til operasjon. I litteraturen sies det at pasienten skal spørres om smertens lokalisasjon og karakter. Studien viser at det i enkelte tilfeller ikke blir tatt hensyn til tilbakemeldinger hvor annen smerte enn den fra operasjonsstedet ble oppgitt. Smerte langt fra operasjonsfeltet kan være en indikasjon på komplikasjoner uten relevans med inngrepet, noe som kan bety at andre tiltak må iverksettes (Wøien og Strand, 2008).

4.2 Metodediskusjon

Funn fra studier skal være så troverdig som mulig. Hver studie må derfor evalueres i forhold til hvilke metoder som er anvendt for å generere funnene (Granheim og Lundman, 2004). I metodediskusjonen diskuteres litteraturstudiens fremgangsmåte, styrker og svakheter ved søkeprosessen og analysen.

I studien er det anvendt forskningsartikler som tar for seg forskning på mennesker. Dette vil alltid inneha en viss feilmargin, da mennesker kan la seg påvirke av forsøkene som utføres. Sykepleiere kan eksempelvis bli mer fokusert ved utførelsen smertevurderingen, når de vet at de blir observert (Cozby 2001).

Informantene i forskningen inkludert i studien er av ulik erfaring. Dette bidrar til å belyse hensikten med studien fra ulike synsvinkler, og sees derfor som en styrke med oppgaven. Antall forskningsartikler inkludert i studien sees som tilstrekkelig for å besvare hensikten. Utfordringen lå i å inkludere de mest relevante funnene i hver kategori. Dette medførte at flere interessante funn ble utelukket. Da flere anvendte studier sier det samme, er det med på å styrke funnene gjort i denne studien. Litteraturen sier at enighet blant flere studier er med på å styrke validiteten av studien (Granheim og Lundman, 2004). Dette kan være en svakhet med studien, da de samme forskerne er inkludert i studiene og resultatet kan derfor bli påvirket av forskernes syn. Samtidig kommer de samme funnene fram, uavhengig av forsker.

Flere artikler benyttet i denne studien er basert på intervjuer og observasjoner. Det vil si at det finnes rom for forskeren å tolke deltakeres utsagn og praksis. I enhver studie er det utsagn som må tolkes og beskrives. En tekst vil alltid inneholde flere meninger og forskerens tolkning vil derfor påvirkes av eget syn (Granheim og Lundman, 2004). Med tanke på at forfatteren av denne studien har analysert samlet datamateriale, kan det stilles spørsmål vedrørende eget kompetansenivå og erfaringer. Det å finne en balanse er viktig. Det er umulig og samtidig uønsket å unngå å sette et visst perspektiv på studien. På den andre siden, er det viktig at forskeren lar resultatet tale for seg og ikke legge til andre meninger der det passer seg (Granheim og Lundman, 2004). Dette er forsøkt oppnådd i studien.

I søkeprosessen er det anvendt ulike databaser. Hovedvekten av søkene er gjort i Medline, men databaser som Cinahl, Pubmed, SveMed+ og Helsebiblioteket er også benyttet. Artikkelsøket startet med små begrensninger. Dette for ikke å utelukke relevant forskning. Studien startet med et inklusjonskriterie for publiseringsår mellom 2005-2013, men da det viste seg at relevante og anerkjente studier da ville bli ekskludert fra studien, ble dette utvidet til publiseringsår mellom 1999-2013. Det kan argumenteres for at forskningen da ikke vil være relevant i dag, men da disse studiene er anerkjente studier som det refereres til i både nyere studier og litteratur, ansees de for å være relevante.

Søkeordene anvendt i søkeprosessen er valgt på bakgrunn av opparbeidet kunnskap gjennom lesing av litteratur og forskning. Underveis i søkeprosessen ble hensikten med studien forandret på, som følge av at denne var for vid. Dette medførte at enkelte forskningsartikler falt bort. Som følge av at 2 av til sammen 15 studier viste seg å ha et kombinert pasient- og sykepleieperspektiv, ble de ekskludert fra resultatdelen av studien. Dette kan sees som en svakhet, da mer data er med på å støtte opp om validiteten av studien. Følgen av å inkludere forskningen ville blitt et avvik fra ønsket perspektiv. Disse ble derfor inkludert senere i studien for å gi et mer helhetlig perspektiv. Ettersom relevante artikler ble funnet, ble det utarbeidet et sammendrag over hver forskningsartikkel (se vedlegg 3). Dette for på mest mulig effektiv måte å kunne gå tilbake til utvalgt forskning.

Forskning inkludert i studien er gjort i ulike vestlige land. En studie er gjort i Sør-Afrika. Dette kan sees som en svakhet med studien, da nevnte land er preget av store kulturforskjeller sammenlignet med vestlige land. Overføringsverdien til norske sykepleiere kunne ha vært styrket dersom samtlige studier hadde vært gjort i Norge. Samtidig samsvarer funnene i studien i stor grad, uavhengig av land forskningen er utført i, og kan derfor sees på som mer valide.

Samtlige forskningsartikler inkludert i resultatdelen av studien er skrevet på engelsk. I følge Polit og Beck (2012) kan dette være en bias, grunnet en språkbarriere. Det er derfor fokusert på å anvende databaser som oversetter de engelske ordene til norsk, samt bruke forståelse for hvordan hver enkelt setning fremstår. Det er allikevel mulig at eventuelle feiltolkninger kan ha oppstått.

For å styrke validiteten av studien er det inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning er inkludert for å få frem dypere beskrivelser av sykepleieres syn på postoperativ smertevurdering. Kvantitative data gav mer konkrete svar på hvilke områder sykepleiere har, eller mangler kompetanse på, i den postoperative smertevurderingen. I studien er det også inkludert en forskningsartikkel hvor metodetriangulering er anvendt. Dette er med på å belyse det samme fenomen ved hjelp av ulike metoder og data, og er med på å styrke validiteten av studien (Polit og Beck, 2012).

Et karakteristisk trekk ved en kvalitativ innholdsanalyse, er at metoden fokuserer på forskjeller og likheter for de utvalgte kategoriene (Granheim og Lundman, 2004). Enkelte av forskningsartiklene viser motstridende funn, da med tanke på effekten av undervisningsprogram sett opp mot holdninger. I disse tilfellene er begge artiklene inkludert. Det er viktig å presentere også de artiklene som ikke støtter hypotesen, eller viser noe annet enn det flertallet av artiklene er kommet fram til (Forsberg og Wengstrøm, 2003). Det vil være uetisk og kun fremstille de artiklene som støtter hypotesen, eller der funnene viser et ensidig bilde.

To av studiene har ikke oppgitt å ha blitt godkjent av en etisk komité og det kan derfor stilles spørsmål vedrørende kvaliteten på disse. Deltakerne i nevnte forskningsartikler har gitt informert samtykke. Dette viser at etiske hensyn er tatt. Dalland (2012) understreket betydningen av å gi informert samtykke, samt at all informasjon er anonymisert slik at forskningen ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner. Det er for forfatteren uvisst om den etiske godkjenningen ikke er fattet, eller om den ikke er omtalt i artiklene.

Forskningsartiklene er publisert i ulike tidsskrifter, hvorav samtlige er sjekket opp mot Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenestes vurderingsverktøy for tidsskrifter (se tabell 4). Dette sammen

med at anvendte artikler inkludert i resultatdelen av studien er kvalitetssikret opp mot sjekklister publisert av HINT (se vedlegg 2), sees på som en styrke for studien.

Tabell 3. Vurderingstabell for tidsskrifter

Tidsskrift/Forlag	Vitenskapelig nivå	Antall artikler inkludert i resultatdelen av studien
Kluwer Academiv Publishers	1*	1
Western Journal of Nursing Research	1*	1
Intensive and Critical Care Nursing	1*	3
British Journal of Nursing	1*	1
Blackwell Publishing Ltd	2**	3
Journal of Clinical Nursing	2**	4

*Ordinære vitenskapelige publiseringskanaler

**Kanaler med høyest internasjonal prestisje

Kilde: NSD (2013)

5.0 Konklusjon

Studien viser at sykepleieres kompetanse innenfor kommunikasjon og observasjon er viktig. Det sees forskjeller i hvilke kompetanseområder sykepleier sier de vektlegger og hvilken praksis de faktisk utøver. Dette er med på å belyse hvilke utfordringer sykepleiere involvert i postoperativ smertevurdering står ovenfor. En positiv holdning mot postoperativ smertevurdering kan være relatert til mer utdanning, men ikke nødvendigvis mer erfaring. Studien viser at sykepleiere kategoriserer på bakgrunn av klinisk erfaring. I utviklingen av profesjonell erfaring virker det som om det er mest hensiktsmessig for sykepleiere å ha et perspektiv som ser bort i fra det generelle. Som både resultatene og litteraturen sier, vil det å fokusere på den individuelle pasientens opplevelse, for så å kombinere denne med tidligere erfaringer og kunnskap, være en bedre praksis.

Et økende tidspress og en travel hverdag medførte en tilpassning av avdelingens kultur og rutiner, uten nødvendigvis å implementere lært kunnskap. Dette fører til at kunnskapsaspektet i kompetanseutviklingen kan lide. Et stadig økende tidspress påvirker også arenaer for faglige diskusjoner og utøvelse i den kliniske hverdagen. Litteraturstudien viser et behov for en mer nøyaktig smertevurdering. Sykepleiere må kunne benytte åpne spørsmål for å få frem pasientens subjektive opplevelse av smerten. Funn om økt arbeidsmengde og tidspress indikerer at spørsmål relatert til smerte bør gjøres mer effektiv. Med bakgrunn i dette kan kunnskap om hvordan sykepleiere på best mulig måte kan planlegge arbeidsdagen være av nytte. Gapet mellom teori og praksis virker å være et problem. Det foreslås derfor at bedre utdanning og støtte fra arbeidsmiljøet kan være med på å snevre inn dette gapet (Bell og Duffy, 2009).

Denne studien viser at sykepleiere er innstilt på å redusere smerte hos postoperative pasienter, noe som viser at viljen til å forbedre nåværende praksis er tilstede. Dette må sies å være et godt utgangspunkt for videre utvikling av strategier. Utfordringen ligger i å bry seg, ta ansvar og inneha kompetanse. Det å samle bevis for hvordan vi gjør det er med på å belyse hvilken praksis sykepleiere utøver, noe som er forsøkt oppnådd i denne studien. På denne måten kan sykepleiere utvikle en egnet strategi, og sørge for effektiv postoperativ smertelindring.

Funnene i studien har nytteverdi for sykepleiere som utøver pleie til pasienter med postoperativ smerte. Til tross for at det er forsket mye på omtalte område, finnes det fortsatt implikasjoner for videre forskning. Holdninger og erfaring er med på å påvirke hvordan den postoperative smertevurderingen gjennomføres. Det foreslås derfor at det forskes mer på hvordan avdelingens kultur er med på å påvirke sykepleieres praksis. Det er i studien blant annet rettet fokus mot viktigheten av at avdelingen legger til rette for et miljø hvor sykepleiere kan utvikle og dele sin kompetanse. Grunnet studiens begrensede omfang, vil det være essensielt å identifisere samtlige barrierer for postoperativ smertevurdering. På denne måten vil grunnlaget for å optimalisere forbedringer av nåværende praksis øke.

Referanseliste

Ajzen I og Fishbein M (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA

Bell L og Duffy A (2009) Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review, *British Journal of Nursing*, 18(3) s. 153-156

Clabo L M L (2008) An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units, *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), s. 531-539

Cozby P C (2001) *Methods in Behavioral Research*, 7 utgave, Mountain View, Mayfield Publishing Company

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 5 utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk

Den norske legeforening (2009) *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*, [legeforeningen.no/.../retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf] [31.03.2013]

A) Dihle A, Helseth S, Konsgård U, Steven P og Miaskowski C (2006) Using the American Society's Patient Outcome Questionnaire to Evaluate the Quality of Postoperative Pain Management in a sample of Norwegian Patients, *The Journal of Pain*, 7(4) s.272-280

B) Dihle A, Bjølseth G og Helseth S (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, 15, s. 469-479

Eide H og Eide T (2010) *Kommunikasjon i relasjoner*, 2. utgave, 4 opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg C og Wengstrøm Y (2003) *At gjøre systematiske litteraturstudier: vurdering, analys og presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur och Kultur

Fredheim O M S, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T og Borchgrevink PC (2011) Postoperative smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131: 1763-7, s. 18-20

Gagliese L, Weizblit N, Ellis W og Chan V W S (2005) The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients, *Pain*, 117, s. 412-420

Granheim U H og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112

Gunningberg L og Idvall E (2007) The Quality of postoperative pain management from the perspective of the patients, nurses and patient records, *Journal of Nursing Management*, 15(7), s. 756-66

Hartog C S, Rothaug J, Goetterman, A, Zimmer A, Meissner W (2010) Room for improvement: nurses and physicians views of a post-operative pain management program, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54, s. 277-283

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*, (St.meld.nr.47), Oslo

Hem H E (2009) Profesjoner, i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red), *Mellom Mennesker og Samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utgave, 1 opplag, s. 43-65, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Idvall E, Hamrin E, Sjøstrøm B og Unosson M (2002) Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management, *BMJ Qual Saf Health Care*, 11, s. 327-334

Joint Commission Resources Requirement (2007) *Pain Assessment and Management Standards-Hospital*, < <http://www.jcinc.com/subscribers/printview.asp?durki=3243>> [02.03.2013]

Klopper H, Andersson H, Minkkinen M, Ohlsonn C og Sjøstrøm B (2006) Strategies in assessing post operative pain- A South African study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, s.12-21

Lien T, Hanssen I, Andenæs R (2010) "Mellom barken og veden" Nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte, *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning*, 12(3), s. 3-14

Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (2007) *Forskningsetikkloven* av 1. juli 2007, nr.763, Oslo, <www.lovdatab.no/all/hl-20060630-056.html> [15.03.2013]

Lov om helsepersonell (2012) *Helsepersonelloven* av 22. juni 2012, nr. 47, Oslo, <www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> [21.04.2013]

Manias E, Botti M og Bucknall T (2002) Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice, *Journal of Clinical Nursing*, 11, s. 724-733

Manias E, Bucknall T, Botti M (2004) Assessment of Patient pain in the Postoperative Context, *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), s. 751-769

McCaffery M og Beebe A (red.) (2001) *Smerter- Lærebok for helsepersonell*, Oslo, Gyldendal Akademisk

McNamara M C, Harmon D og Saunders J (2012) Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain, *British Journal of Nursing*, 21(16), s. 958-964

Nightingale F (1984) *Håndbok i sykepleie*, Oslo, Gyldendal Forlag

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2013) *Publiseringskanaler*, < dbh.nsd.uib.no/kanaler/> [03.03.2013]

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, <https://www.sykepleierforbundet.no/.../Yrkesetiske_retningslinjer.PDF> [04.04.2013]

Nortvedt P (2008) *Sykepleiens grunnlag - historie, fag og etikk*, Oslo, Universitetsforlaget

Orvik, A (2004) *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo, Cappelen Akademisk

- Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9 utgave, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A og Anoosheh M (2009) Nurses experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, s. 274-281
- Reinertsen H (2008) Smerte hos barn, i: Rustøen T og Wahl A K(red.), *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*, 1 utgave, s. 76-104,Oslo, Gyldendal Akademiske Forlag
- Richards J og Hubbert A O (2007) Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain, *Pain Management Nursing*, 8, s. 17-24
- Schafheutle E I, Cantrill J A og Noyce P R (2001) Why is pain management suboptimal on surgical wards?, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), s. 728-737
- Schafheutle E I, Cantrill J A, Noyce P R (2004) The nature of informal pain questioning by nurses- a barrier to post- operative pain management?, *Kluwer Academic Publishers*, 26, s. 12-17
- Sjøstrøm B, Dahlgren L O og Haljamae, H (1999) Strategies in postoperative pain assessment: validation study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, s. 247-258
- Sjøstrøm B, Jakobsen E og Haljamae H (2000) Clinical competence in pain assessment, *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, s. 273-282
- Sloman R, Rosen G, Rom M og Shir Y (2005) Nurses assessment of pain in surgical patients, *Journal ofAdvanced Nursing*,52(2), s. 125-132
- Thorbjørnsrud B (2009) Kulturelle fortolkningsrammer, i: Rugkåsa M, *Mellom Mennesker og Samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utgave, 1 opplag, s. 201-239,Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Torvik K, Skauge M og Rustøen T (2008) Smertekartlegging- Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler, i: Rustøen T og Wahl A K (red) *Ulike tekster om smerte- Fra nocisepsjon til livskvalitet*, 1.utgave, s. 51-75, Oslo, Gyldendal Akademisk Forlag
- Wickstrøm K E, Nordberg G, Bergh I, Johansson F G og Sjøstrøm B (2008) Postoperative pain management- the influence of surgical ward nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2042-2050
- Wilson B (2007) Nurses' knowledge of pain, *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 1012-1020
- Wøien H og Strand A C (2008) Sykepleietiltak Ved Postoperativ Smertelindring, i: Rustøen T og Wahl A K(red.), *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*, 1 utgave, s271-290, Oslo, Gyldendal Akademiske Forlag
- Young J L, Horton F M og Davidhizar R (2006) Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management, *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), s. 412-421

Vedlegg

Vedlegg 1. Litteratursøk

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Antall Inkluderte (Nummer på artikkel)
Medline 28.02.2013	Abstracts AND (Danish or English or Norwegian or Swedish) AND "qualitative(best balance of sensitivity and specificity) 2000- current	Exp. Postoperative pain AND Exp. Nurses	62	52* 5**	5***	5	4(35,41,55,59)
Medline 01.03.2013	Abstracts AND full text AND "qualitative(best balance of sensitivity and specificity)	Postoperative pain AND Exp Nursing staff, Hospital/ or Nursing staff/ or Nurses	63	*57 **4	***2	2	1(49)
Medline 01.03.2013		Postoperative pain maagement. mp. AND Gap.mp.	4	*3 **0	***1	1	1(3)
Medline 01.03.2013		Pain measurement or pain measurement tools. mp. AND postoperative.mp. or Pain, Postoperative AND Exp. Nurses	43	*31 **9	***3	1	1(22)
Medline 01.03.2013	Håndzoek	Nurses knowledge of pain	29	*29 **0	***1	1	1(7)
Medline 01.03.2013	Full text and year 2000-current Abstracts AND(danish or english or norwegian or swedish) AND "qualitative(best balance of sensitivity and specificity)"	Postoperative pain.mp. or Exp Pain, postoperative AND Exp. Nursing staff, hospital or Exp. Nurse-patient relations or Exp. Nurses	62	*51 **8	***3	2	1(18)
Medline 03.03.2013	Year 2011-current	Health education or Health Knowledge, Attitudes, Practice AND Effect.mp.	31	*27 **3	***1	1	1(2)

		AND Pain.mp.					
Medline 03.03.2013	Håndzoek	Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses	1	*0 **0	***1	1	1(1)
Medline 03.03.2013		Observation or observation.mp. AND pain assessment.mp. or Pain Measurement AND clinical practice.mp.	34	*27 **5	***2	1	1(28)
Medline 14.03.2013	Abstracts and full text 2005-current	Pain assessment.mp. or Pain measurement AND Nursing.mp. or Nursing AND Attitudes.mp. or Attitude	105	*92 **9	***4	3	1(93)

Vedlegg 2. Mal for granskning av forskningsartikler

For å bli dyktig til å lese og vurdere forskningsartikler trenger man trening og noe å vurdere ut ifra. Denne malen skal kunne være til nyttig hjelp for å kunne bli bedre til å forstå, lese og vurdere relevans og faglighet av artikler.

Viktige hovedspørsmål bør være:

Studiens betydning for sykepleie. Har problemstillingen sykepleiefaglig fokus og relevans? Er problemet relatert til sykepleiepraksis? Har problemstillingen nytteverdi for min oppgave, evt hvilken?

Ved vurdering av forskningsartikler bør følgende sees på:

Tittel

Klar og relevant for innholdet?

Sies det noe om hvem og hva som er undersøkt?

Oftest en hovedtittel med undertittel

Forfatter

Presentasjon av navn, grad, tittel evt arbeidssted?

Abstrakt

Alltid abstrakt i forskningsartikler, oftest på engelsk

Kort og konsist om studien: Hvem, hva, hvorfor og hvordan (IMRaD)?

Er de viktigste funnene presentert?

Introduksjon

Er problemstilling presentert logisk og med hensikt og mål?

Er problemområdet relevant?

Er leseren presentert for innholdet?

Er spørsmål og hypoteser klargjort?

Er det relatert til og presentert tidligere forskning og kunnskap?

Er sentrale begrep definert eller belyst?

Metode

Er metoden beskrevet, grundig eller tynt?

Er metoden relevant for problemstillingen?

Er svakheter og styrke med metoden vurdert?

Er etiske vurderinger med?

Ved empiriske studier:

Hvilket design er anvendt, ser det anvendbart ut i forhold til problemområdet?

Er utvalget beskrevet tydelig, antall og kriterier for utvelgelse nevnt?

Er representativitet, generaliserbarhet, troverdighet, reliabilitet og validitet vurdert?

Er datainnsamlingen beskrevet?

Ved litteraturstudier:

Hvordan har litteraturen blitt funnet?

Hvilke søkeord og baser er det søkt i?

Er det relevante publikasjoner for temaet og fins det mange publikasjoner om emnet?

Er litteraturen vurdert utifra vitenskapelige kvalitetskriterier?

Hvordan har man valgt ut litteraturen?

Er det beskrevet hvordan artiklene er analysert

Resultat:

Er resultatene presentert klart og tydelig?

Svarer resultatene til undersøkelsens hensikt?

Er fremgangsmåten for analyse forståelig og logisk presentert?

Forekommer tolkninger og diskusjon i resultatavsnittet?

Diskusjon:

Er diskusjonen klart og logisk oppbygd?

Forekommer nye resultat i diskusjonen?

Er konklusjonene logiske og rimelige?

Er diskusjonen tilstrekkelig fylldig?

Relaterer forfatteren sine funn til eksisterende forskning og kunnskap?

Er forfatter kritisk og klar i forhold til funn, metode og konklusjon?

Referanser:

Er referanselisten oppsatt systematisk og ryddig?

Er alle referanser med?

Er referansene vitenskapelig artikler, hvilke tidsskrifter er de presentert i?

Er referansene relevant, ny eller gammel?

Vedlegg 3. Vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr:

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord: