

Marita Nereng Berg

Sykepleiefaglige faktorer ved medikamentell smertebehandling

Hvilke sykepleiefaglige faktorer er viktige ved medikamentell behandling av smertepåvirkede pasienter?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Inger Balke

Mai 2020

Marita Nereng Berg

Sykepleiefaglige faktorer ved medikamentell smertebehandling

Hvilke sykepleiefaglige faktorer er viktige ved
medikamentell behandling av smertepåvirkede
pasienter?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleiefaglige faktorer ved medikamentell smertebehandling.	Dato : 25.05.20
Forfattere:	Marita Nereng Berg	
Veileder(e):	Inger Balke	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykepleiefaglige faktorer, smerter, legemiddeladministrering, kartlegging, dokumentasjon.	
Antall sider/ord: 34/8465	Antall vedlegg: 1	
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: Smerter er den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker kontakt med helsevesenet i dag. Selv om smertebehandlingen har blitt betydelig bedre de siste 20-30 årene, er det fortsatt en del som ikke mottar den smertelindringen de trenger. Som sykepleier har man ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov, som også omhandler pasientens smerter og administrering av smertelindrende tiltak.</p> <p>Hensikt: Jeg ønsker med denne oppgaven å øke både egne og andres kunnskaper om hva som er viktig i behandlingen av smertepåvirkede pasienter. Dette munnet ut i problemstillingen; «Hvilke sykepleiefaglige faktorer er viktige ved medikamentell behandling av smertepåvirkede pasienter?».</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie der det er utført artikkelsøk i databaser. Deretter er det valgt ut fem artikler jeg mener kan belyse problemstillingen på en god måte.</p> <p>Resultat: Ut ifra de utvalgte artiklene var det fem hovedpunkter som skilte seg ut; kartlegging og vurdering, sykepleierens kunnskaper, administrering av legemidler, forholdet mellom pasienten og sykepleieren og dokumentasjon og oppfølging.</p> <p>Konklusjon: For å sikre at pasienten får god medikamentell smertebehandling, står først og fremst en god kartlegging og vurdering sentralt, der sykepleieren tar i bruk de kartleggingsverktøyene som passer pasienten. En strukturert administreringsprosess med konkrete retningslinjer, samt en god relasjon til pasienten er viktig for trygg og sikker legemiddeladministrering. Til slutt vil god sykepleierdokumentasjon være viktig for å sikre kontinuitet og oppfølging.</p>		

ABSTRACT

Title:	Nursing factors related to medicamental pain treatment.	Date : 25.05.20
Authors:	Marita Nereng Berg	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Keywords (3-5)	Nursing factors, pain, medication management, mapping, documentation.	
Number of pages/words: 34/8465	Number of appendix: 1	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Today, pain is the most common reason why patients seek help in the health service. Even though the pain therapy has developed much the last 20-30 years, there are still many patients that doesn't get the pain management they need. As a nurse you have responsibility to cover the patient's fundamental needs, that also includes patients pain and administration of pain medication.</p> <p>Aim: With this assignment I want to increase both my own and others knowledge about what's important in the management of pain affected patients. Therefore, the thesis statement is "Which nursing factors are important in the process of pain management for pain affected patients?".</p> <p>Method: This is a literature study, where it is preformed article research in different databases. Afterwards it is selected five articles that in my opinion can illuminate the thesis statement in a good way.</p> <p>Results: It turned out to be five main factors that was repeated in all the articles; pain assessment, nurse's knowledge, administrating pain medication, the relationship between patient and nurse and documentation and continuous observation.</p> <p>Conclusion: To make sure the patient gets good medical pain management, is primarily a good assessment, where the nurse uses the right mapping tool. A structured administration of the medication, based on good guidelines, together with a good relationship to the patient is important for safe and correct medical pain management. At last good documentation by the nurse will be important to make sure of continuity and follow-up.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0: INNLEDNING	4
2.0: BAKGRUNN	5
2.1: SMERTEBEGREPET.....	5
2.2: SMERTEKARTLEGGING	6
2.3: MEDIKAMENTELL SMERTEBEHANDLING	7
2.4: LEGEMIDDELHÅNDBOK	8
2.5: SYKEPLEIERENS ANSVARSOMRÅDE.....	8
2.6: HENSIKT	10
2.7: PROBLEMSTILLING	10
3.0: METODE	11
3.1: LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	11
3.2: INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	11
3.3: KRITISK VURDERING OG ANALYSERING AV VALGTE ARTIKLER	12
3.4: SØKESTRATEGI TIL UTVALGTE VITENSKAPELIGE ARTIKLER	14
4.0: RESULTATPRESENTASJON	15
4.1: SKJEMATISK PRESENTASJON AV VALGTE ARTIKLER	15
4.2: SAMMENFATNING AV RESULTATENE.....	20
4.2.1: Kunnskaper om kartlegging og vurdering.....	20
4.2.2: Administrering av legemidler.....	20
4.2.3: Forholdet mellom sykepleier og pasient.....	21
4.2.4: Dokumentasjon og oppfølging	21
5.0: DRØFTING	22
5.1: GOD KARTLEGGING OG VURDERING	22
5.2: SYKEPLEIERENS KUNNSKAPER	23
5.3: ADMINISTRERINGSPROSESSEN OG GODE RETNINGSLINJER	24
5.4: FORHOLDET MELLOM PASIENT OG SYKEPLEIER	25
5.5: DOKUMENTASJON OG OPPFØLGING	26
5.6: KRITISK VURDERING AV VALGTE ARTIKLER OG FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	27
6.0: KONKLUSJON	29
LITTERATURLISTE:	31
VEDLEGG:	34
VEDLEGG NR. 1:.....	34

1.0: Innledning

Ifølge Den norske legeforening (2009) er smerter den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker helsevesenet. Dersom en ikke mottar tilstrekkelig smertebehandling kan det hos den voksne befolkningen, i tillegg til belastningen for den enkelte, blant annet føre til redusert arbeidsevne. Dette vil prege samfunnsøkonomien i stor grad, i form av utbetaling av uføretrygd eller sykepengar. Behandlingen av smerte har de siste 20-30 årene blitt betydelig bedre, fordi man i dag har mer kunnskaper både om smerter men også om metoder for smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Likevel opplever fortsatt en del pasienter å ikke motta den smertelindringen de trenger, som følge av under- eller feildiagnostisering.

Sykepleieren har ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov, noe som også omhandler datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av smertelindrende tiltak og å evaluere disse (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Observasjon av den syke pasienten er en av komponentene i Nightingales syn på sykepleie. Hun beskriver at observasjonskompetansen til sykepleieren er en helt sentral del av sykepleierens praktiske kompetanse, nettopp for å kunne gi pasienten riktig behandling med tanke på dens tilstand og eventuelle endringer (Nortvedt, 2008). Godt klinisk blikk og observasjonskompetanse er en evne som utvikles med økende erfaring og kunnskaper. At sykepleieren har tilegnet seg god kunnskap og er trygg i yrkesutøvelsen, står sentralt i situasjoner der pasienten er smertepåvirket. Dette for å oppdage tegn og endringer i pasientens tilstand for så å kunne gi riktig behandling. Tidligere erfaringer blant sykepleierne spiller også inn på hva en oppfatter som «normal» smerteatferd, og vil dermed kunne påvirke smertelindringen pasienten mottar (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Danielsen, Berntzen og Almås (2016) viser til flere studier der de kan konkludere med at sykepleiere er for dårlige til å ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer for å kartlegge pasientens smerte. Både fordi en ikke forstår betydningen og viktigheten av disse, men også på grunn av motvilje blant ansatte. Motviljen ble begrunnet med redselen for å miste det individuelle perspektivet for hver enkelt pasient, og at det ble for tidkrevende i en travel hverdag. Ved å bedre metodene og behandlingsprotokollene, vil man som sykepleier bedre forstå pasientens opplevelse av smerte, og dermed også fremme smertebehandlingen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

2.0: Bakgrunn

«Det er sykepleierens ansvar å identifisere, administrere forordnet medikamentell smertebehandling, evaluere og dokumentere virkning og bivirkning, og målet er at pasienten oppnår smertelindring og opplever livskvalitet» (Gran, Grov og Landmark, 2013, avsnitt 2).

2.1: Smertebegrepet

Vægter *et al.* (2019) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med aktuell eller potensiell vevsskade. Vi skiller mellom akutt og kronisk smerte. Akutt smerte er øyeblikkelig smerte, og forårsakes av en kraftig påvirkning etterfulgt av smerten under helingsprosessen, for eksempel i sammenheng med et fall. Kronisk smerte varer i motsetning i over 3-6 måneder. Dette oppstår ved vedvarende vevsskade, for eksempel ved cancer (Vægter *et al.*, 2019). Som sykepleiere vil man komme til å møte pasienter med begge typer. På fysiologisk nivå deler man smerter inn i nociceptiv- og nevrogen smerte. Nociceptiv smerte utløses av kraftig mekanisk eller kjemisk påvirkning i de frie nerveendene, som igjen aktiverer nocireseptorene (smertereseptorene) (Sand *et al.*, 2016). Nevrogen smerte derimot, utløses andre steder enn i de frie nerveendene, og er alltid lokalisert til det området der smertefibrens frie nerveender befinner/befant seg. Dette kan være smerter som for eksempel isjiassmerter eller fantomsmerter (Sand *et al.*, 2016). Når smerte utløses i de frie nerveendene (ved nociceptiv smerte), dannes det nerveimpulser som sendes til spesielle, sensoriske nervefibrer som kalles smertefibrer. Smertefibrene går så via ryggmargen til hjernen, der nervesignalene tolkes, og vi blir bevisste på opplevelsen av smerte (Sand *et al.*, 2016).

Dersom man går over et lengre tidsrom med ubehandlet smerte, vil det gå ut over de grunnleggende behovene. Ifølge Virginia Henderson strider dette imot sykepleiers grunnleggende formål, om å ivareta disse behovene (Holter, 2016). Sterke akutte smerter vil blant annet kunne påvirke psyken vår, med angst og søvnløshet, eller respirasjonen som følge av for eksempel sterke smerter i toraks og abdomen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Konsekvensene vil kunne være omfattende for pasienten, og fremhever betydningen av god smertebehandling.

2.2: Smertekartlegging

«En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling» (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016, s. 390).

Det er utarbeidet flere typer kartleggingsverktøy som skal kunne hjelpe sykepleieren med å kartlegge pasientens smerte på en god måte (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Danielsen, Berntzen og Almås (2016) beskriver at disse kan deles i to hovedgrupper; endimensjonale og flerdimensjonale. Endimensjonale skjemaer måler kun smerteintensiteten, som for eksempel Visuell analog skala (VAS), Visuell numerisk skala (NRS) eller Ansiktsskala (FRS), mens flerdimensjonale i tillegg måler hvordan smerten påvirker pasienten. Ved hjelp av disse kartleggingsverktøyene kan pasienten selv gi en pålitelig vurdering av smerten, samtidig som det vil være lettere å sammenligne pasientens opplevelse av smerten (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Reiersdal, Helland og Breland (2007) presiserer i sin studie at det kun er pasientens tallmessige selvrappport som egentlig er det eneste gyldige som utgangspunkt for å vurdere effekten av smertebehandlingen som er gitt. Danielsen, Berntzen og Almås (2016) fremhever at dersom vurderingsskalaene skal ha noen nytteverdi, er sykepleiere nødt til å implementere dem i smerteregistreringen, på lik måte som rutinemessige observasjoner. Ved å benytte disse skalaene vil også individuelle oppfatninger av smerte blant sykepleierne utjevnes, fordi man har et felles begrepsapparat, som videre vil gjøre rapporteringen mer presis (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). At sykepleiere ikke er så flinke til å benytte disse vurderingsskalaene gjenspeiles i studien til Reiersdal, Helland og Breland (2007), der kun 10% av sykepleierne oppga aktiv bruk av VAS-skalaen når de undersøkte effekten av gitt smertebehandling.

I en studie om kartlegging og vurdering av postoperativ smerte, konkluderes det med at objektiv systematisk smertekartlegging er et viktig tiltak for å gi tilfredsstillende smertebehandling til hver enkelt pasient (Lindenskov og Bjørk, 2016). Sykepleiere angir at det som oftest er observasjoner og vurdering av endringer i fysiologiske parametere, som for eksempel økt respirasjonsfrekvens og puls, som er førsteprioritet i denne kartleggingsprosessen. I mange tilfeller er det ikke de fysiologiske parameterne, men atferdsendring som er mer presise smerteindikatorer. Dette gjelder særlig hos de pasientene som har redusert evne til selvrapporing (Lindenskov og Bjørk, 2016). Det er laget flere forskjellige smertekartleggingsverktøy som er spesielt utformet for pasienter som ikke har

mulighet til å rapportere smerte selv. Disse baseres blant annet på pasientens atferd i form av grimaser, rynket panne, lukkede øyne, uro, lyder eller vokalisering (Lindenskov og Bjørk, 2016). Sykepleierens kliniske blikk og evne til å se tegn har dermed mye å si for hvor fort smerten oppfattes, og hvor alvorlig man oppfatter at situasjonen er. Også etter gitt medikament, er evaluering og dokumentasjon av tiltakets effekt en sentral sykepleieroppgave (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Olsen og Rustøen (2020) skriver at ved god dokumentasjon av smertekartleggingen, vil man få et helhetlig bilde av smerten over tid. Ifølge studien til Dahl (2001) holder sykepleiedokumentasjonen sjeldent mål, der kun en del av pasientens opplevde problemer blir dokumentert.

2.3: Medikamentell smertebehandling

“Farmakokinetikk er læren om hvordan legemidler omsettes i kroppen” (Aronsen *et al.*, 2016, s. 21). Administrering av legemidler er en viktig sykepleieroppgave, og vil si å tilføre legemidler til kroppen. Dette kan gjøres både lokalt eller systemisk, på flere forskjellige måter som for eksempel ved tabletter, subkutane injeksjoner og inhalasjonsbehandling (Aronsen *et al.*, 2016). Tracy og Morrison (2013) skriver i sin studie at medikamentell smertebehandling av eldre pasienter ofte kan være utfordrende på grunn av multimorbiditet og større fare for bivirkninger. Sykepleierens kunnskaper om halveringstid, interaksjoner og andre faktorer som kan påvirke legemidler som gis, er viktig for trygg og sikker administrering av legemidler. Norsk legemiddelhåndbok (2016c) understreker at dersom man skal lykkes med smertebehandlingen, må man møte pasienten med respekt og huske på at det forekommer store individuelle forskjeller for opplevelsen av smerte. Pasienten er i mange tilfeller redd for å ikke bli tatt på alvor, eller at det oppfattes som at opplevelsen av smerte er overdrevet (Norsk legemiddelhåndbok, 2016c).

Analgetika er en legemiddelgruppe som blir mye brukt, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Norsk legemiddelhåndbok (2016a) skriver at det er vanlig å skille mellom ikke-opioide, opioide og co-analgetika. Ikke-opioide analgetika består av acetylsalisylsyre, NSAID, paracetamol og fenazon, og benyttes som første trinn i smertetrappen på grunn av lite bivirkninger i normale doser (Aronsen *et al.*, 2016). Svake opioider som kodein benyttes ofte i kombinasjon med paracetamol ved trinn to i smertetrappen, mens sterke opioider som morfin og oksykodon gis ved trinn tre i smertetrappen (Aronsen *et al.*, 2016). Ved bruk av opioider må man være bevisst på at den individuelle responsen er svært varierende (Norsk legemiddelhåndbok, 2016b). Opioider gir

for eksempel en dempende effekt på pasientens respirasjon, og det kan ofte virke sederende i oppstart av behandlingen (Aronsen *et al.*, 2016).

2.4: Legemiddelhåndtering

Ifølge Galek, Zukrowski og Grov (2018) er legemiddelhåndtering en sammensatt prosess som innebærer både tilbereding, kontroll, administrering, observasjon og dokumentasjon av virkning og eventuelle bivirkninger. Sykepleieren har både et formelt- og faglig ansvar når det gjelder legemiddelbehandling (Bielecki og Børdahl, 2018). For at sykepleieren skal kunne avdekke virkninger, eventuelle bivirkninger og gjennomføre legemiddelhåndteringen korrekt, er det derfor viktig med kunnskaper og tydelige retningslinjer (Bielecki og Børdahl, 2018). Dette viser seg også i studien til Galek, Zukrowski og Grov (2018). Legemiddelhåndteringen skal foregå på et faglig forsvarlig nivå, noe som er hjemlet i Helsepersonelloven (1999) § 4. Flovik og Rokseth (2016) skriver at faglig forsvarlighet er et nøkkelbegrep når det kommer til pasientsikkerhet og kvalitet. Pasientsikkerhet omhandler i praksis i hvilken grad rutiner, holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser og mulige pasientskader (Flovik og Rokseth, 2016).

For at legemiddeladministreringen skal foregå på korrekt måte, beskriver Bielecki og Børdahl (2018) at det er utformet syv kontrollpunkter; *de syv R-er*:

- Riktig pasient.
- Riktig legemiddel.
- Riktig legemiddelform.
- Riktig styrke.
- Riktig dose.
- Riktig måte.
- Riktig tid.

Ifølge studien til Dilles *et al.* (2011) er det flere faktorer som spiller i legemiddeladministreringen. Sykepleierens kunnskaper, tidspress, lite tilgjengelig lege, kommunikasjonssvikt og pasientens rett til selvbestemmelse er noen av faktorene de belyser som viktige for trygg og sikker legemiddeladministrering.

2.5: Sykepleierens ansvarsområde

Yrkesetiske retningslinjer hos Norsk sykepleierforbund (u.å.) påpeker at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Dette ligger også til grunn i sykepleierens

fundamentale plikt (Sneltvedt, 2016). Sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, slik at ny kunnskap anvendes i praksis (Sneltvedt, 2016). På den måten er sykepleiere pliktet til å innhente informasjon for eksempel om de ulike verktøyene man kan benytte seg av, for å sikre at pasienten får så god behandling som mulig.

Helsepersonelloven (1999) §4 presiserer at sykepleieren har ansvar for at legemiddelhåndteringen skjer på et faglig forsvarlig nivå, men at det er legen som tar beslutninger som gjelder behandlingen. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på dette, og fastslår at man som sykepleier har ansvar for at egne handlinger og vurderinger er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) har som formål å bidra til å sikre riktig og god legemiddelhåndtering. For at dette skal oppnås spesifiserer Bielecki og Børdahl (2018) at det er viktig med nødvendig og tilstrekkelig kompetanse, tydelige prosedyrer, gode rutiner, nødvendig opplæring, kontroll og tilsyn.

§3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) presiserer at pasienten har rett på informasjon om den helsehjelpen han får, noe som blant annet innebærer informasjon om legemidlene. Det forventes dermed at sykepleieren har kunnskaper om legemidlene man administrerer, noe som gjenspeiler seg i at sykepleie bygges på kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Ifølge Drew *et al.* (2018) er sykepleiere pliktige til å hjelpe pasientene slik at de ikke opplever unødig lidelse. Dette støttes også av de fire prinsippers etikk der ett av prinsippene omhandler velgjørenhet (Brinchmann, 2016). Sykepleierens faglige ansvar innebærer både å administrere pasientens legemidler, men også observasjon av virkningen og eventuelle bivirkninger (Bielecki og Børdahl, 2018). Sykepleieren må ha kunnskaper om de legemidlene som er forordnet, og hvilke bivirkninger som kan oppstå. Som sykepleier er man den som har mest kontakt med pasienten i løpet av døgnet, og dersom legemiddelbehandlingen skal være vellykket må man gjøre korrekte observasjoner av legemidlenes virkning og bivirkning hos hver enkelt pasient (Bielecki og Børdahl, 2018).

2.6: Hensikt

Som Danielsen, Berntzen og Almås (2016) presiserer er smerter den vanligste årsaken til at befolkningen tar kontakt med helsevesenet. Sykepleiere har en sentral rolle i denne behandlingen, og jeg ønsker derfor å øke både egne og andres kunnskaper om hva som er viktig i denne behandlingsprosessen. Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke sykepleiefaglige faktorer som står sentralt i den medikamentelle smertebehandlingen av voksne pasienter.

2.7: Problemstilling

Hvilke sykepleiefaglige faktorer er viktige ved medikamentell behandling av smertepåvirkede pasienter?

3.0: Metode

3.1: Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, som vil si at det er benyttet data samlet inn av andre – sekundærdata (Thidemann, 2019). Jeg valgte å benytte meg av databasene PubMed, Cinahl, Cochrane Library og Medline - både fordi det er de jeg har blitt best kjent med gjennom studiet, og fordi de er relevante med tanke på artikkelsøk innenfor helse og medisin. For å få oversikt over ulike søkeord, benyttet jeg et PICO-skjema (vedlegg nr.1). Det gjorde det lettere å strukturere artikkelsøket og gjøre et mer presist søk i databasene (Helsebiblioteket.no, 2016a).

Ved funn av en interessant artikkel, undersøke jeg om tidsskriftet var fagfellevurdert. Fagfellevurdering vil si at artikkelen er lest og godkjent av flere forskere før publisering, noe som øker artikkelens troverdighet (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Deretter undersøkte jeg om artikkelen hadde IMRaD-struktur, som gir en god og strukturert oversikt over studien. Det ble ikke lagt så stor vekt på om artiklene var kvantitative eller kvalitative, men at de kunne gi et svar på problemstillingen (Thidemann, 2019). I denne litteraturstudien er det benyttet informasjon fra enkeltstudier. Studiene er derfor først fremstilt hver for seg, og deretter en sammenfatning av resultatene. Jeg har valgt å utelukke barn og kreftsyke pasienter, fordi dette kunne gitt oppgaven et annet fokus enn det jeg ønsket å få frem. Barn er en pasientgruppe der ivaretagelse og hensyn til foreldrene også ville spilt en stor rolle. Kreftsmertor på sin side blir ofte beskrevet som en sammensatt opplevelse, der smerten kan knyttes til direkte skade fra tumor, behandlingen eller bivirkninger (Winger og Leegaard, 2016).

3.2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ved utvelgelse av artikler, gjaldt det i følge Aveyard (2019), å være kritisk til det man fant, men ikke for kritisk. Ved å se på artikkelens styrker og svakheter, forsøkte jeg å finne svar på om denne artikkelen kunne bidra i å formulere et godt svar på problemstillingen. Aveyard (2019) har utarbeidet noen spørsmål som var til god hjelp med å stille seg kritisk til artiklene:

- Hvor fant du informasjonen?
- Hvordan vet du at det er god kvalitet på informasjonen i artikkelen?
- Når ble artikkelen gitt ut?
- Hva er hovedbudskapet i artikkelen – hva ønsker de å finne ut?
- Hvem er forfatter?

- Hvorfor er denne artikkelen skrevet?

Dette er spørsmål som har vært med på utformingen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg har lagt til grunn for utvelgelse av artikler.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Tidsskriftet skal være fagfelleverdert.	Utgitt i tidsskrift som ikke er fagfelleverdert.
IMRaD-struktur.	Ikke IMRaD-struktur.
Pasientene som deltar skal være >18 år.	Pasientene i studien omhandler barn/personer <18 år.
Studien er gjennomført i land der helsevesenet er tilnærmet det norske helsevesenet.	Land der helsevesenet ikke kan sammenlignes med det norske helsevesenet.
Artikkelen skal ikke være eldre enn 15 år.	Artikkelen er over 15 år gammel.
Artikler som er skrevet på engelsk eller norsk.	Artikkelen er skrevet på for eksempel fransk eller tysk.
Artikkelen må finnes i fulltekst.	Artikler der det ikke er tilgang på fulltekst.

3.3: Kritisk vurdering og analysing av valgte artikler

Ved funn av relevante artikler var resultatdelen mest interessant, i forhold til om artikkelen kunne belyse valgt problemstilling. Helsebiblioteket.no (2016b) har lagt frem noen overordnede spørsmål som har stått sentrale som første ledd i den kritiske vurderingen av artiklene:

- 1) Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- 2) Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?
- 3) Kan du stole på resultatene?
- 4) Hva er resultatene?
- 5) Kan resultatene brukes i min praksis?

I dette litteraturstudiet har det vært hensiktsmessig å samle informasjon fra både kvalitative- og kvantitative studier, for å belyse problemstillingen fra flere perspektiver. En kvantitativ studie innebærer målbare data – eksakt faktakunnskap, tall, som brukes til statistiske beregninger og som oftest fremstilles i tabeller. Innenfor kvantitative studier benyttes det noen ganger tverrsnittstudier, som vil si at dataene er innhentet på et bestemt tidspunkt, for eksempel et døgn (Aveyard, 2019). Kvalitativ metode derimot benytter seg av den humanvitenskapelige og forstående kunnskapen, med mål om å samle data om menneskers egne meninger, forventninger, motiver, holdninger etc. for å skape nyanser (Thidemann, 2019). Kvantitative studier ville i dette tilfellet for eksempel belyse i hvor stor grad

sykepleiere benytter seg av ulike kartleggingsverktøy, med konkrete fakta og tall. Samtidig ville det ofte være en begrunnelse for hvorfor man gjør som man gjør, og som kunne komme til syne i de kvalitative studiene.

Hvordan studien tolkes avhenger både av den interne- og eksterne validiteten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Den eksterne validiteten ble vurdert ut fra om de pasientene studien omhandler, kunne relateres til dagens helsetjeneste. Ved å se etter systematiske feil i resultatet av studien, vurderte jeg den interne validiteten. Systematiske feil omhandler metodefeil som fører til at resultatene avviker fra den egentlige effekten av et tiltak, og gir et ugyldig resultat i forhold til virkeligheten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Ved å vurdere den eksterne- og interne validitet til studiene, ble det lettere å bedømme om resultatene var troverdige.

3.4: Søkestrategi til utvalgte vitenskapelige artikler

Søkeord:	Database:	Kombinasjoner:	Antall treff:	Referanse:
1. Scales 2. Pain management 3. Nursing role	Cinahl	1 2 1 AND 2 3 1 AND 2 AND 3	355899 6380 698 60448 8	(Dequeker, Lancker og Hecke, 2018)
1. Pain (Drug Therapy, Nursing) OR Pain management (Nursing) 2. Nonverbal communication 3. Documentation	Medline Ovid	1 2 1 AND 2 3 1 AND 2 AND 3	57301 19981 136 649801 4	(Haslam <i>et al.</i> , 2011)
1. Pain treatment OR Pain management 2. Nurses role OR Nursing 3. Medication administration	Pubmed	1 2 1 AND 2 3 1 AND 2 AND 3	61101 723444 6861 2682 26	(Hwang <i>et al.</i> , 2018)
1. Pain management 2. Nursing	Cochrane Library	1 2 1 AND 2	3371 3205 46	(Valen <i>et al.</i> , 2012)
1. Pain management OR Pain assessment OR Pain assessment tool 2. Nursing OR Nurses role 3. Pain medication 4. Protocol	Pubmed	1 2 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	61547 724930 7605 202 19	(Sandvik <i>et al.</i> , 2014)

4.0: Resultatpresentasjon

4.1: Skjematisk presentasjon av valgte artikler

Artikkel nr.1	Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management.
Referanse:	(Dequeker, Lancker og Hecke, 2018).
Tidsskrift:	The Journal of Advanced Nursing (JAN).
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleierne oppfattet pasientens smerteintensitet, sammenlignet med hvordan pasientene selv opplevde smerten.
Nøkkelord:	Vurdering, sykepleierens rolle, sykepleier og smerte.
Metode:	Dette er en tverrsnittstudie gjennomført med pasienter over 18 år på to ulike sykehus i Belgia. Pasientene anga deres smerteopplevelse ved hjelp av NRS-skala. Sykepleierne med ansvar for pasientene denne dagen anga deretter deres oppfattelse av pasientens smerteintensitet, og hvordan de hadde gjennomført vurderingen.
Resultat og diskusjon:	351 pasienter deltok i studien, der gjennomsnittsalderen var 63 år. I 52,3% av tilfellene benyttet sykepleieren seg av en gyldig smerteskala, mens de i 28% av tilfellene anga å bruke sin kompetanse og kunnskap for å vurdere smerten. I 19,8% av tilfellene hadde ikke sykepleieren vurdert pasientens smerteopplevelse i det hele tatt. Omtrent halvparten av pasientene (51%) var noe nølende med å ta sterkere smertestillende som opioider.
Konklusjon:	Studien viser at på gjennomføringstidspunktet var over halvparten av pasientene smertepåvirket. Der sykepleier benytter seg av et kartleggingsverktøy, er forholdet mellom pasientens opplevelse av smerte og sykepleierens oppfattelse mer sammenfallende. Å benytte smerteskala og andre kartleggingsverktøy vil også gjøre det lettere å se effekten av gitte medikamenter. I situasjoner der sykepleieren legger egne erfaringer og kunnskaper til grunn, viser det seg at pasienten ofte ikke får spørsmål om hvordan han føler smerten. Dette fører til en usikker og unøyaktig vurdering. I mange tilfeller oppfattet ikke sykepleieren barrierene pasienten følte på når det kom til den medikamentelle behandlingen.

Artikkel nr.2	Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report.
Referanse:	(Haslam <i>et al.</i> , 2011).
Tidsskrift:	The Journal of Advanced Nursing (JAN).
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke hvordan intensivsykepleiere beskrev smertene til kritisk syke voksne pasienter som ikke var i stand til å rapportere smerter selv.
Nøkkelord:	Kritisk syk, sykepleierens dokumentasjon og smertevurdering.
Metode:	Dette er en «mixed-method» studie gjennomført på to forskjellige intensivavdelinger i Toronto, Canada. Journalene til de pasientene som deltok i studien ble nøye gjennomgått, med hensikt i å finne dokumentert smertevurdering. Det ble utført en nøye gjennomgang av alle formuleringer/koder som var brukt, for å finne likheter og ulikheter. De ansatte ble intervjuet gruppevis, for å få forklaring på ulike «koder» som var benyttet i dokumentasjonen.
Resultat og diskusjon:	Pasientene som deltok klarte ikke å kommunisere verken verbalt eller med kroppsspråk. Av de totalt 189 pasientene som deltok i studien, var det 54 pasienter som ikke hadde dokumentert smertevurdering. Hos de resterende 135 pasientene, var det tilsammen 679 beskrivelser av smertevurdering, der 34% av disse omhandlet når pasienten opplevde smerter. 41% av beskrivelsene omhandlet pasientens adferd (uroelig, rolig etc.), 24% beskrev utagering/sinne og 13% beskrev grimaser/ansiktsuttrykk hos pasienten. I 14% av dokumentasjonen ble endringer i vitale parametere brukt som en indikasjon på smerte. I 11%/18% av tilfellene var dokumentasjonen tvetydig, der det enten var satt i gang tiltak mot for eksempel delirium, men som også kunne indikere smerter. Gjennom den kvalitative delen av studiet kom det frem at sykepleierne kommuniserte ofte mye seg imellom, og alt ble derfor ikke dokumentert fullstendig. Avdelingene hadde også utviklet «sitt eget språk» med koder og ord som beskrev deres vurdering av pasienten.
Konklusjon:	Studien viser at intensivsykepleiere er gode på å benytte adferd og kroppsspråk som indikasjoner på smerter. Likevel var det vanskelig å tyde alle vurderinger, da det ble brukt mange forskjellige ord og koder innad i avdelingene. Sykepleiere må bli bedre på dokumentasjon både før og etter igangsatte tiltak.

Artikkel nr.3	Inpatient Pain Medication Administration: Understanding the Process and Its Delays.
Referanse:	(Hwang <i>et al.</i> , 2018).
Tidsskrift:	Journal of Surgical Research.
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke og forstå prosessen ved administrering av smertestillende behovsmedisiner til postoperative pasienter, for å identifisere potensielle forbedringsområder.
Nøkkelord:	Smerte, kvalitetsforbedring, medikamentadministrering, sykepleie, tilfredsstillende pasienten, forbedre prosessen, sikkerhet og undersøkelsesmetoder.
Metode:	Dette er en amerikansk studie der det først ble benyttet en kvalitativ metode (observasjon og intervju av sykepleierne i avdelingen) deretter utarbeidelse av en trinnvis legemiddeladministreringsprosess. Data ble samlet ved observasjoner av hvert trinn (kvantitativ metode), i tillegg til å studere medisinsregnskapet til avdelingen. Studien inkluderte all bruk av analgetika, og alle administrasjonsmåter. Ved å benytte både observasjon og undersøke medikamentjournaler, kunne de beregne total tid fra sykepleier forstod at pasienten trengte behovsmedisiner, til medikamentet var gitt.
Resultat og diskusjon:	Administreringsprosessen ble delt i to; den ene der pasienten selv, eller andre, rapporterte til sykepleieren behov for mer analgetika. Den andre var de tilfellene der sykepleieren gikk faste runder for å vurdere pasientene og spørre om de hadde behov for mer smertestillende. Over 100 timer med observasjon resulterte i 44 tilfeller der behovsmedisiner ble gitt. I 33 av tilfellene var det behov for opiat, fem tilfeller med NSAIDs og seks tilfeller der det var behov for noe annet enn analgetika. Analyse av dokumenterte tidspunkter tilsier at forsinkelsene oppstod tidlig i prosessen. I flere tilfeller etterspurte pasienten ny dose analgetika raskt etter gitt dose. Dette diskuterte sykepleiere ofte seg imellom, men sjeldent gitt forklaring til pasienten. Under observasjonene kom det frem at i de tilfellene der pasienten fikk smertestillende senere enn foreskrevet, ble det ofte ikke gitt noen forklaring til pasienten hvorfor dette skjedde.
Konklusjon:	Administrering av behovsmedisiner krever fullt fokus av sykepleieren ved alle trinn i prosessen, og avhenger av flere faktorer. Resultatene viser at opiat ble administrert oftere enn andre analgetika, noe som kan gi utfordringer i forhold til når pasienten spør om mer smertestillende raskt etter en dose er gitt. Her må sykepleiere bli bedre på å informere pasienten.

Artikkel nr.4	Pain management after cardiac surgery: experience with a nurse-driven pain protocol.
Referanse:	(Valen <i>et al.</i> , 2012).
Tidsskrift:	European Journal of Cardiovascular Nursing.
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av andre retningslinjer der sykepleiere kunne administrere mer smertestillende medikamenter til pasienten uten å måtte kontakte legen først.
Nøkkelord:	Karkirurgi, smerte og sykepleiedreven-protokoll.
Metode:	<p>Dette er en nederlandsk studie der effekten av de endrede retningslinjene ble sammenlignet med de opprinnelige retningslinjene. Pasientene som deltok var voksne som hadde et ukomplisert kirurgisk forløp. De endrede retningslinjene gikk ut på at sykepleieren vurderte pasienten ved ankomst til avdelingen, for deretter å gi pasienten morfin (ut fra pasientens vekt) dersom VAS >4. Denne doseringen hadde en begrensning på 0,2 mg/kg morfin per 8-timers vakt.</p>
Resultat og diskusjon:	<p>193 pasienter fikk smertebehandling etter de endrede retningslinjene, mens kontrollgruppen bestod av 1535 pasienter. Etter dag fire lå fortsatt ca. 20% av pasientene med en VAS >4. 8,9% av pasientene hadde en score som tilsa at de skulle ha morfinpreparater, men nektet å ta imot dette på grunn av redsel for bivirkninger og avhengighet. Kontrollgruppen lå i gjennomsnitt med 21% høyere VAS-score enn gruppen som fikk behandling etter de endrede retningslinjene. Sykepleierne som deltok i studien skulle vurdere pasienten ved hjelp av VAS-score på fastsatte tidspunkt etter operasjonen. Resultatene viser at det her mangler 11% av dataene, og at det ofte var målingene etter to og fire timer som manglet.</p>
Konklusjon:	Ved å benytte retningslinjer der sykepleiere administrerer morfin ut fra noen begrensninger og egen vurdering, viser det seg at pasientene raskere får den medikamentelle behandlingen de har behov for, og er generelt mindre smertepåvirket. Samtidig er det viktig at alle prosedyrer og retningslinjer følges, slik at pasientsikkerheten ivaretas.

Artikkel nr.5	Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial.
Referanse:	(Sandvik <i>et al.</i> , 2014).
Tidsskrift:	European Journal of Pain.
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av å innføre retningslinjer/en protokoll som omhandlet trinnvis smertelindring av pasienter med demenssykdom i sykehjem.
Nøkkelord:	Nøkkelord ikke oppgitt.
Metode:	Denne studien er en randomisert kontrollert studie gjennomført på 18 norske sykehjem. I åtte uker ble den nye protokollen tatt i bruk på en gruppe pasienter. Deltakerne i studien ble tilfeldig delt inn i en behandlingsgruppe (de som fulgte ny protokoll) og en kontrollgruppe (mottok behandling etter de daværende rutiner). Pasientene som deltok i studien var blant annet over 65 år, hadde en demensdiagnose, og hadde bodd på sykehjemmet siste fire ukene. Hver enkelt pasient ble vurdert og diskutert av en tverrfaglig gruppe, der de kom frem til hvilken medikasjon som var egnet for denne pasienten ut ifra den trinnvise protokollen. Vurderinger av pasientens smerteopplevelse ble tatt ved 2, 4, 8 og 12 uker, ved hjelp av smerteskalaen MOBID-2 og NRS.
Resultat og diskusjon:	327 pasienter deltok i studien, der over 70% hadde en eller flere diagnoser som tydet på at pasienten var smertepåvirket. 62,8% av pasientene i behandlingsgruppen ble satt på paracetamol fordi de ikke stod på noe smertestillende fra før. Etter to uker kunne man ifølge MOBID-2 se forskjeller mellom de to gruppene. De som ble behandlet med paracetamol som en grunddose hadde på alle kontrollpunkter en lavere smerteintensitet enn pasientene i kontrollgruppen. Pasientene som fikk morfinpreparater hadde også en slik synkende kurve, men ikke før i uke åtte. Smerteintensiteten ble i behandlingsgruppen redusert med 45% etter åtte uker.
Konklusjon:	Smertelindring hos pasienter med demenssykdom er ekstra utfordrende. Dette er på grunn av mange skjulte symptomer som gjør det vanskeligere for sykepleieren å oppfatte når det er riktig å gi smertestillende medikamenter i stedet for for eksempel beroligende. Resultatene i denne studien viser at en trinnvis smertelindringsprosess, som er tilpasset hver enkelt pasient, fungerer godt for pasienter med demenssykdom. Paracetamol er et virkestoff som viser seg å fungere effektivt på personer med demens, samtidig som det er få pasienter med cave mot dette virkestoffet. Studien viser også at smertene til pasienter med demenssykdom i sykehjem i mange tilfeller er underdiagnostisert.

4.2: Sammenfatning av resultatene

4.2.1: Kunnskaper om kartlegging og vurdering

Dequeker, Lancker og Hecke (2018) beskriver at i 70% av tilfellene i deres studie, var sykepleierens smertevurdering i samsvar med det pasienten selv følte. I disse tilfellene var det stort sett benyttet en godkjent smerteskala eller et kartleggingsverktøy som gjorde vurderingen lettere og mer presis. Ved at de benyttet samme skala hver gang ble det lettere for sykepleieren å sammenligne pasientens smerteintensitet. Både for å undersøke effekten av gitte medikamenter, samtidig som det var lettere for pasienten å forholde seg til kun en skala. Studiene til Haslam *et al.* (2011) og Sandvik *et al.* (2014) beskriver problemstillinger der pasienten ikke klarer å rapportere smerten selv. Grundig og presis vurdering som blant annet inneholdt atferdsendringer, grimaser og ansiktsuttrykk var da vesentlig for å vurdere og kartlegge pasientens smerter.

Dequeker, Lancker og Hecke (2018) viser i sin studie, resultater på at i 28% av smertevurderingen benytter ikke sykepleieren seg av kartleggingsverktøy eller smerteskalaer, men vurderer pasienten ut fra kunnskap og egne erfaringer. Sykepleierne i disse tilfellene beskriver at de vurderer ut fra sitt ståsted, og i flere tilfeller ikke spør pasienten direkte.

4.2.2: Administrering av legemidler

Hwang *et al.* (2018) har funnet ut at ved etterspørsel av behovsmedisiner, fikk pasientene det som regel innen rimelig tid, men enkelte opplevde å måtte vente en stund. Som oftest var det pasienten selv, andre ansatte eller pårørende som rapporterte til sykepleieren at pasienten hadde smerter og behov for mer smertestillende.

Valen *et al.* (2012) viser at de pasientene som fikk analgetika etter nye retningslinjer, der sykepleieren ut fra egen vurdering ga pasientene smertestillende, lå med en lavere VAS-score enn andre pasienter. Disse pasientene fikk medikamenter raskere, som gjorde til at de generelt hadde mindre smerter.

Sandvik *et al.* (2014) beskriver utprøving av nye protokoller der hver enkelt pasient var nøye vurdert og diagnostisert av et tverrfaglig team. Det ble da enklere for sykepleier å gi riktige medikamenter, fordi protokollen var konkret og beskrev akkurat hva som skulle gis til enhver tid.

Hwang *et al.* (2018) understreker at ved administrering av behovsmedisiner må sykepleier ha fokus på «de fem rette», men også kommunikasjon med andre sykepleiere for dobbeltkontroll, riktig dose tidspunkt i forhold til andre medikamenter, effekt og evt. bivirkninger av gitt medikament og evaluering om det er behov for noe mer.

4.2.3: Forholdet mellom sykepleier og pasient

Om pasientene føler seg ivaretatt og trygge under behandlingen, avhenger i stor grad av sykepleieren. I studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) kommer det frem at 51% av pasientene var nølende med å ta imot medikamenter. Det viste seg at dette hang tett sammen med frykten for bivirkninger eller frykten for at det var avhengighetsskapende, som også viser seg i studien til Valen *et al.* (2012). 40,7% av pasientene i studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) beskrev vanskeligheter med å uttrykke smerteopplevelsen, som førte til at pasienten opplevde mer smerter enn nødvendig.

Hwang *et al.* (2018) beskriver at pasienter som etterspør behovsmedisiner for tidlig i forhold til forrige dose, ofte ikke får noen forklaring fra sykepleier hvorfor de denne gangen ikke får. Sykepleiere diskuterer det ofte seg imellom om pasienten skal få en ny dose eller ikke, men gir sjeldent pasienten en god forklaring.

4.2.4: Dokumentasjon og oppfølging

Haslam *et al.* (2011) beskriver at 54 av de 189 pasientene som deltok, ikke hadde noen form for smertekartlegging dokumentert i sin journal. Gjennom intervju med deltagende sykepleiere kom det frem at de ofte diskuterte behandlingen seg imellom.

Dequeker, Lancker og Hecke (2018) konkluderte med at dersom sykepleiere benytter seg av en godkjent smerteskala, og dokumenterer i forhold til denne, vil det være lettere å sammenligne pasientens smerter. Ut ifra dette beskriver de også viktigheten av at man dokumenterer etter skalaen som er benyttet, for at det skal være lettere med videre oppfølging av pasienten.

Resultatene i studien til Haslam *et al.* (2011) viser at dokumentasjon om smertevurdering i forkant var mangelfull, men også vurdering etter gitt medikament. Igangsatte tiltak var som oftest dokumentert, men uten vurdering verken i forkant eller etterkant.

5.0: Drøfting

5.1: God kartlegging og vurdering

I studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) var det 52,3% av sykepleierne som benyttet seg av en godkjent smerteskala for å vurdere pasientens smerter. Det viste seg at ved bruk av smerteskala ble vurderingen mer systematisk, og det ble lettere å identifisere pasientens smerter på et senere tidspunkt. For å oppnå fullstendig nytteverdi av smerteskalaene skriver Danielsen, Berntzen og Almås (2016) at man er nødt til å benytte de aktivt. På den måten vil ansatte i avdelingen ha felles begreper på pasientens smerter, noe som vil gjøre det enklere med kontinuerlig behandling. Samtidig blir det også en mer presis rapportering til legene, som gjør det lettere for de å forordne den medikamentelle behandlingen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). På en annen side synes mange sykepleiere det vil være vanskelig å benytte smerteskalaer i tilfeller der pasienten for eksempel ikke er i stand til å rapportere smerten selv, eller de føler skalaen ikke helt passer denne pasienten. Som Lindenskov og Bjørk (2016) presiserer er det derfor utarbeidet smertekartleggingsverktøy spesielt for de pasientgruppene som ikke kan rapportere smerten selv.

Som nevnt innledningsvis beskriver Danielsen, Berntzen og Almås (2016) motviljen til å implementere smerteskalaer med at man mister det individuelle perspektivet. Da velger man heller å benytte observasjoner og kliniske vurderinger av pasientens fysiologiske tegn (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dette begrunnes med at det tar tid å sette seg inn i hver enkelt skala, og man tenker man fint kan vurdere pasientens smerter uten å benytte en smerteskala. Forskning viser at sykepleiere på kirurgisk avdeling sjeldent benytter smerteskala fordi smerter er en kjent problemstilling, og at de derfor ikke ser behovet for aktiv bruk av skala (Dihle, Bjølseth og Helseth, 2006). Ulik tolkning av skalaene, som kan gjøre kartleggingen annerledes enn intensjonen, er også en kjent utfordring i følge sykepleier og forsker Randi Dovland Andersen (Hernæs, 2020). Likevel blir sykepleiere oppfordret til å benytte skalaer, fordi deres oppfattelse skal stemme overens med pasientens opplevelse (Dequeker, Lancker og Hecke, 2018). Skalaer gir også bedre direkte kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Dihle, Bjølseth og Helseth, 2006), og som Reiersdal, Helland og Breland (2007) presiserer er det kun pasientens tallmessige selvrappport som egentlig er det eneste gyldige for å vurdere behandlingen som er gitt. Ifølge studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) er det på dette området rom for forbedring, da det viser seg at sykepleiere i flere tilfeller ikke spør pasienten direkte. En god kartlegging av pasienten, ved å innhente informasjon basert på observasjoner, samtaler og klinisk undersøkelse, er første trinn i

sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, og ligger til grunn for videre planlegging og implementering (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016).

Smerter er en sammensatt opplevelse, og det er viktig å huske på at vurderingen blir mest korrekt ved å sette sammen observasjoner av pasienten og vitale tegn, med en smerteskala (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Det var bare en liten prosent i studien til Haslam *et al.* (2011) der de kun benyttet vitale parametere som indikasjon, noe som tyder på at sykepleiere har kunnskap om dette. Som nevnt i bakgrunnen har observasjonskompetansen til sykepleieren, en av komponentene i Nightingales syn på sykepleie, stor betydning for å kunne gi pasienten riktig behandling med tanke på tilstand og eventuelle endringer (Nortvedt, 2008). De ulike smertekartleggingsverktøyene og skalaene vil gi sykepleieren et godt utgangspunkt av hva som er viktig å se etter, men som Danielsen, Berntzen og Almås (2016) skriver, er det sykepleierens oppfattelse og kliniske blikk som ligger til grunn for å skape et helhetlig bilde. Dette betyr at sykepleieren må være bevisst på at vurderingsskjemaer er hjelpemidler i arbeidet, men at de ikke må ta oppmerksomheten bort fra pasienten og situasjonen, og heller ikke fortrenge bruken av faglig skjønn (Nortvedt og Grønseth, 2016).

5.2: Sykepleierens kunnskaper

Sandvik *et al.* (2014) beskriver at flere smertepåvirkede pasienter med demens ble behandlet med beroligende medikamenter i stedet for analgetika, ved symptomer som motorisk uro eller endret adferd. Dette kan tolkes som at sykepleieren har mangel på kunnskaper. Dilles *et al.* (2011) skriver at sykepleierens kunnskaper er en av faktorene for sikker legemiddeladministrering. Kunnskaper om hvilke symptomer som kan forekomme, samt interaksjoner, virkninger og eventuelle bivirkninger står sentralt med tanke på trygg og sikker legemiddeladministrering (Bielecki og Børdahl, 2018). Hos pasientgrupper som Sandvik *et al.* (2014) og Haslam *et al.* (2011) beskriver i sine studier, spiller sykepleierens kunnskaper en enda større rolle, fordi pasienten ikke klarer å rapportere smerten selv. For å kunne foreta korrekte vurderinger må sykepleieren ha grunnkunnskaper fra teori og forskning, samt erfarings- og personlig kunnskap (Nortvedt og Grønseth, 2016). Sykepleieren må imidlertid få tid til å sette seg inn i denne kunnskapen, noe som kan være utfordrende i en travel arbeidshverdag.

Forskning viser at over 80% av feilene i legemiddelhåndteringen er knyttet til istandgjøring, tilberedning og utdeling, som er mulig å forebygge med økt kunnskap og gode rutiner (Galek,

Zukrowski og Grov, 2018). Protokollene Sandvik *et al.* (2014) har prøvd ut i sin studie vil kunne være positivt for å forebygge disse feilene. Slike protokoller vil dermed stille mindre krav til sykepleierens kunnskaper, som igjen kan forebygge feil i legemiddelhåndteringen. På en annen side skal man etter endt utdanning som sykepleier ha en del grunnkunnskaper, og i tillegg gjennom de yrkesetiske retningslinjene skal man holde seg faglig oppdatert på utviklingen og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

5.3: Administreringsprosessen og gode retningslinjer

I studien til Hwang *et al.* (2018) blir det konkludert med at forsinkelser i administreringen skjedde tidlig i prosessen. At sykepleieren tar seg tid til å undersøke at man henter ut riktig medikament, i riktig dose og riktig form osv., er viktig for å sikre korrekt legemiddelutdeling (Bielecki og Børdahl, 2018). Dobbeltkontroll av de legemidlene som gis ut, er her en sentral faktor for å sikre at «de syv rette» ivaretas. Ved å ha gode rutiner som dobbeltkontroll, vil man også kunne ivareta pasientsikkerheten, og forebygge mot unødig skade som følge av behandlingen (Flovik og Rokseth, 2016). På en annen side er det ifølge studien til Storli (2008) enkelte som mener dobbeltkontrollen er sløsing med tid i en travel arbeidshverdag. I lovverket presiseres det ikke at det skal benyttes dobbeltkontroll, men resultatene i studien til Galek, Zukrowski og Grov (2018) viser at dobbeltkontroll er et viktig tiltak for å unngå feil. Samtidig er dette noe som krever tid og riktig kompetanse, fordi det presiseres i Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) at de to som utfører dobbeltkontrollen skal hver for seg signere på at oppgaven er utført korrekt i henhold til prosedyren. Dobbeltkontroll er ut fra dette et viktig tiltak, men som nevnt er det tidkrevende, og da vil god planlegging som en del av sykepleieprosessen stå sentralt for at pasienten skal få medikamentene til riktig tid (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016).

Ved konkrete retningslinjer, skaper man gode rutiner blant ansatte. Valen *et al.* (2012) beskriver at de nye retningslinjene førte til at pasientene gjennomsnittlig hadde en lavere VAS-score enn de som fulgte de opprinnelige retningslinjene. Dette blir i tråd med sykepleierens lindrende funksjon (Nortvedt og Grønseth, 2016), i tillegg til at det vil forebygge mot komplikasjonene som kan oppstå av langvarig smertepåvirkning (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Derimot vil det ved slike endrede retningslinjer være viktig med et klart skille mellom sykepleierens- og legens ansvar. Danielsen, Berntzen og Almås (2016) presiserer at sykepleierens oppgave er å administrere forordnet medikamentell behandling. Dette underbygges av Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) §7 der istandgjøring og

utdeling av legemidler skal skje på grunnlag av ordinerer gjort til den enkelte pasient. Kun de som har rekvireringsrett til pasienten har ifølge loven rett til å ordinere legemidler. Sykepleiere har i følge Forskrift om legemidler fra apotek (1998) ikke rett til rekvirering av legemidler. Retningslinjer som Valen *et al.* (2012) beskriver vil dermed være effektive med tanke på rask smertelindring, men det er viktig å ta hensyn til ansvarsforholdet. Dette ansvarsforholdet er et kjent problem i dag i følge studien til Storli (2008). Da er det viktig at sykepleiere overholder egen kompetanse, og søker veiledning i vanskelige situasjoner slik de yrkesetiske retningslinjene presiserer (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Studien til Valen *et al.* (2012) tar kun for seg pasienter som hadde operasjon der alt gikk som planlagt, som lå på en spesiell medisinsk avdeling på ett sykehus. Man må derfor tenke over at slike retningslinjer ikke vil være egnet på alle avdelinger. Pasientene i studien er kun observert 72 timer etter ankomst, og man har derfor sannsynligvis ikke et helhetlig bilde over hele prosessen. Bielecki og Børdahl (2018) beskriver at retningslinjer for legemiddeladministrering kan være mange, og at hver enkelt avdeling må utarbeide retningslinjer etter sine behov og være godt kjent med dem. Dette er gjennomført i studien til Sandvik *et al.* (2014), der retningslinjene tilpasset deres pasientgruppe viste seg å ha en positiv innvirkning.

5.4: Forholdet mellom pasient og sykepleier

Som Dequeker, Lancker og Hecke (2018) viser kan mangelfull informasjon føre til at pasientene ikke ønsker å ta imot den medikamentelle behandlingen. Dette fører til unødig lidelse og forsinket rehabiliteringsprosess (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Ut ifra dette kan det tolkes som dårlig kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten. Som nevnt i bakgrunnen understreker Norsk legemiddelhandbok (2016b) at dersom man skal lykkes med smertebehandlingen, må man møte pasienten med respekt. Å lytte til pasientens egne erfaringer og meninger er viktig for å skape et godt tillitsforhold (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). På en annen side kan det være flere av faktorene, som beskrives i studien til Dilles *et al.* (2011), som vil påvirke sykepleierens forutsetning for å skape dette tillitsforholdet til pasienten. For eksempel tidspress, avbrytelser og dårlig kommunikasjon vil være faktorer som kan påvirke sykepleierens tid til pasienten. Erfaringsmessig er dette kjente utfordringer i dagens praksis. Resultatene i studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) indikerer at sykepleiere må bli flinkere til å snakke med pasientene om smertebehandlingen, for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Dette har pasienten også rett på ifølge §3-2 i

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Studien konkluderer også med at sykepleiere har for lite kunnskaper om barrierene pasienten kjenner på, som for eksempel frykten for bivirkninger og avhengighet (Dequeker, Lancker og Hecke, 2018). Dette bør vektlegges for å skape et bedre tillitsforhold, som også kommer frem i studien til Valen *et al.* (2012). Hwang *et al.* (2018) har gjennom sin studie funnet ut at pasientene i mange tilfeller ofte ikke ble informert om hvorfor de måtte vente lengre på smertestillende, eller hvorfor det tok lengre tid enn planlagt. Dette indikerer også at sykepleieren bør bli bedre på direkte kommunikasjon med pasienten.

Sykepleieren ble oppmerksom på pasientens smerter blant annet gjennom besøkende, viser studien til Hwang *et al.* (2018). Pårørendes informasjon kan være av uvurderlig betydning, i og med det er de som kjenner pasienten best (Nortvedt og Grønseth, 2016). Pårørende kan derimot også være en stopper for behandlingen av pasientens smerter. Erfaring tilsier at pårørende har gitt uttrykk for at de synes pasienten blir sløv og «ikke helt med», av analgetika som opioider. I slike situasjoner må sykepleieren informere pårørende om indikasjon, effekt og bivirkninger av medikamenter som gis, og forsøke å skape en forståelse om at dette vil være det beste for pasienten på dette tidspunktet. Informasjon til nærmeste pårørende om behandlingen er også nedfelt i §3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). En god relasjon mellom sykepleier og pårørende vil med andre ord kunne være en god ressurs i den medikamentelle smertebehandlingen, men kan også by på utfordringer.

5.5: Dokumentasjon og oppfølging

Haslam *et al.* (2011) beskriver i sin studie at i journalene til 54 av de 189 pasientene som deltok, var det ingen form for dokumentasjon om gjennomført smertevurdering. Mangel på dokumenterte vurderinger er noe som også viser seg i studien til Valen *et al.* (2012). Ifølge Helsepersonelloven (1999) §39-40 er helsepersonell pålagt å registrere opplysninger i pasientens journal, som skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Det er avgjørende at sykepleieren dokumenterer virkning og eventuelle bivirkninger for optimalisering av behandlingen (Winger og Leegaard, 2016). God og konkret dokumentasjon er også viktig for eksternt tilsyn. Opplysningene i en journal skal bidra til å avklare hva som har skjedd ved en eventuell klagesak (Molven, 2016).

Som tidligere nevnt er det sykepleieren som er tilstede og observerer pasienten de fleste timene i døgnet (Bielecki og Børdahl, 2018). Erfaringsmessig er legen derfor avhengig av god

dokumentasjon fra sykepleieren. Dette gjenspeiles i sykepleierens ansvar og funksjoner ved smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). På en annen side er det ofte en god begrunnelse for at dokumentasjonen er mangelfull, noe Dahl (2001) har undersøkt i sin studie. Sykepleiere hevder «tiden ikke strekker til», og flere føler de må prioritere dokumentasjon på bekostning av pasientens tid. Det beskrives også at sykepleiedokumentet er uoversiktlig, noe som skaper usikkerhet om hva som skal dokumenteres hvor (Dahl, 2001). Ved mangelfull dokumentasjon vil det være vanskelig å vite om pasienten for eksempel har vært smertefri hele tiden. Man vet heller ikke om sykepleieren har glemt eller ikke har hatt tid til å gjennomføre en vurdering, samt hvilken effekt gitte medikamenter har hatt. God dokumentasjon, også når pasienten ikke er smertepreget, er viktig ifølge Olsen og Rustøen (2020). På den måten får man et helhetlig bilde over tid, og kan sammenligne dokumentasjonen for å unngå smertetopper. Ut fra resultatene i studien til Haslam *et al.* (2011) tyder det på at sykepleiere er gode på å dokumentere pasientens tilstand uten smerter i dagens praksis.

Ved rundene som beskrives i studien til Hwang *et al.* (2018), har sykepleieren mulighet til å oppfatte pasientens smerter før de når smertetoppene. Da kan smertene behandles med medikamenter i det første eller andre trinnet i WHO's smertetrapp (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Fordelen med dette er at analgetika under disse trinnene, har færre bivirkninger og vil ikke gi risiko for avhengighet (Aronsen *et al.*, 2016). Tidlig implementering, som en av fasene i sykepleieprosessen, vil dermed gjøre til at man kan unngå bruk av sterkere opioider (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Utfordringen med slike runder kan være at tidspunktet blir påvirket av de organisatoriske faktorene som beskrives i studien til Dilles *et al.* (2011). Effektiv lindring med analgetika i trinn en og to viser seg og i studien til Sandvik *et al.* (2014), at gir en mer stabil intensitetskurve enn ved bruk av sterkere opioider. Hwang *et al.* (2018) beskriver at i 33 av de 44 tilfellene der det ble administrert behovsmedisiner, måtte det gis opioider, noe som kunne vært unngått ved tettere oppfølging.

5.6: Kritisk vurdering av valgte artikler og forskningsetiske overveielser

De utvalgte artiklene ivaretar de inklusjonskriteriene som ble satt, og unngikk barn og kreftsyke pasienter. Alle resultatartiklene er skrevet på engelsk, og jeg har benyttet blant annet ordnett for oversetting. Studiene er gjennomført i land der helsevesenet er sammenlignbart med det norske, og i tillegg ble studien til Sandvik *et al.* (2014) gjennomført

på norske sykehjem. Dette vil etter min mening være positivt, slik at en kan se nytteverdien av de gjennomførte studiene, og ha mulighet til å implementere det i det norske helsevesenet.

Alle studiene er godkjente av lokale etiske komiteer. De etiske komiteene/International Review Board skal beskytte rettighetene og personvern i alle studier der mennesker deltar (Oregon State University, u.å). Hwang *et al.* (2018) sin studie er i tillegg gjennomgått og godkjent for bruk av kvalitetsforbedring av University of Pennsylvania's Institutional Review Board. I studien til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) er det presisert at pasientene har gitt skriftlig samtykke for deltagelse i studien, noe som oppfyller de eksterne normene innen god forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Etikk, i sammenheng med forskningsetikk, er definert som en del av metodevurderinger, der det viktigste er at alle tiltak som beskrives eller prøves har et mål om å gi mennesker et bedre liv (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Studiene til Valen *et al.* (2012) og Sandvik *et al.* (2014), der det blant annet undersøkes effekten av endrede retningslinjer, vil være i tråd med dette fordi man ønsker å finne ut om disse kan gi pasientene et bedre liv med tanke på smertelindringen. Studiene til Dequeker, Lancker og Hecke (2018) og Haslam *et al.* (2011) undersøker på en annen side kartleggingen og beskrivelsen av pasientens smerter slik at det kan belyse forbedringspotensialer, og dermed kunne gi pasientene en bedre medikamentell smertebehandling. Alt dette inngår i de fire prinsippers etikk, som blant annet innebærer å ikke skade og velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2016).

6.0: Konklusjon

«Hvilke sykepleiefaglige faktorer er viktige ved medikamentell behandling av smertepåvirkede pasienter?»

I dette litteraturstudiet ønsket jeg å øke både egne og andres kunnskaper om hvilke sykepleiefaglige faktorer som spiller inn ved medikamentell smertebehandling. Gjennom artikkelsøkene viste det seg å være mange faktorer som spiller inn på denne prosessen, men enkelte faktorer viste seg å gå igjen stort sett i alle artiklene jeg fant. Det er derfor disse faktorene som ble hovedpunktene i studien.

Først og fremst er en god og strukturert kartlegging av pasientens smerter, det som gir grunnlag for videre behandling. I denne prosessen bør man som sykepleier benytte seg av et kartleggingsverktøy eller en skala, for å strukturere de observasjonene og målingene man gjør. Sykepleierens observasjonskompetanse og kunnskaper om symptomer og tegn, ligger til grunn for hvordan man oppfatter pasientens smerter. Videre står kunnskaper om de legemidlene man administrerer sentralt, i tillegg til selve administreringsprosessen.

Administreringsprosessen består av flere trinn, der det kreves fullt fokus av sykepleieren for å unngå feil. Ved gode rutiner og retningslinjer vil man kunne unngå feil i legemiddelhåndteringen. Godt utarbeidede retningslinjer står sentralt for at den medikamentelle smertebehandlingen skal være effektiv, men her er det viktig at man ikke går over sykepleierens ansvarsområde.

Et godt tillitsforhold mellom pasient og sykepleier viste seg å være viktig for at pasienten i det hele tatt ønsket å motta legemidler. God informasjon, både til pasient og evt. pårørende, var en av faktorene som lå til grunn for å kunne skape et slikt godt tillitsforhold.

Etter å ha kartlagt, kommunisert og administrert den medikamentelle smertebehandlingen til pasienten etter gitte retningslinjer, står en presis og god dokumentasjon sentralt for å gi pasienten kontinuerlig oppfølging. Dokumentasjonen er både lovpålagt og essensielt for tidlig implementering av videre tiltak.

Som sykepleier har man en viktig rolle i den medikamentelle behandlingen av smertepåvirkede pasienter, og kunnskapen om hvilke faktorer som står sentralt vil derfor være viktig. Resultatene i denne litteraturstudien viser at det er potensiale til forbedring innen alle

faktorene som er belyst i denne oppgaven – benyttelse av skalaer, bedre dokumentasjon og kommunikasjon med pasienten er områder der kompetansen blant sykepleiere bør styrkes.

Litteraturliste:

- Aronsen, J. M. *et al.* (2016) *Repeter! Farmakologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care*. 4. utg. London: Open University Press.
- Bielecki, T. og Børdahl, B. (2018) *Legemiddelhåndtering*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96.
- Dahl, K. (2001) Den problematiske sykepleiedokumentasjonen, *Sykepleien*, 89(1). doi: 10.4220/sykepleiens.2001.0002.
- Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter, i Stubberud, D.-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 381-427.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 9. mai 2020).
- Den norske legeforening (2009) *Retningslinjer for smertelindring*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf> (Hentet: 21. mars 2020).
- Dequeker, S., Lancker, A. V. og Hecke, A. V. (2018) Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management, *The Journal of Advanced Nursing*, 74(1), s. 160-171. doi: 10.1111/jan.13395.
- Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), s. 469-479. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x.
- Dilles, T. *et al.* (2011) Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes, *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), s. 171-180. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x.
- Drew, D. J. *et al.* (2018) "As-Needed" Range Orders for Opioid Analgesics in the Management of Pain: A Consensus Statement of the American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society, *Pain Management Nursing*, 19(3), s. 207-210. doi: 10.1016/j.pmn.2018.03.003.
- Flovik, A. M. og Rokseth, T. (2016) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 271-296.
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320> (Hentet: 25. mars 2020).
- Forskrift om legemidler fra apotek (1998) *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455> (Hentet: 20. april 2020).
- Galek, J., Zukrowski, M. og Grov, E. K. (2018) Slik kan legemiddel-håndteringen bli mer forsvarlig og riktig, *Sykepleien Forskning*, 13. doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.74117.
- Gran, S. V., Grov, E. K. og Landmark, B. T. (2013) Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre samtykkekompetente pasienter i sykehjem, *Sykepleien Forskning*, 8(3), s. 220-230. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0090.
- Haslam, L. *et al.* (2011) Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report, *The Journal of Advanced Nursing*, 68(5), s. 1082-1089. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x.

- Helsebiblioteket.no (2016a) *PICO*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
 (Hentet: 19. mars 2020).
- Helsebiblioteket.no (2016b) *Sjekklist*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
 (Hentet: 28. mars 2020).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 25. mars 2020).
- Hernæs, N. (2020) – *Smerteskalaer må brukes i en sammenheng*. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2020/04/smerteskalaer-ma-brukes-i-en-sammenheng> (Hentet: 22. april 2020).
- Holter, I. M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. M. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 107-118.
- Hwang, J. *et al.* (2018) Inpatient Pain Medication Administration: Understanding the Process and Its Delays, *Journal of Surgical Research*, 232, s. 49-55. doi: 10.1016/j.jss.2018.05.080.
- Lindenskov, L. og Bjørk, I. T. (2016) Sykepleierens kartlegging og vurdering av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappotering, *Nordisk Sykeplejeforskning*, 6(2), s. 198-209. doi: 10.18261/issn.1892-2686-2016-02-08.
- Molven, O. (2016) *Helse og jus*. 8. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015) *Slik oppsummerer vi forskning*. Tilgjengelig fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf (Hentet: 28. mars 2020).
- Norsk legemiddelhandbok (2016a) *T20.2 Hovedgrupper av analgetika*. Tilgjengelig fra:
https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2/Hovedgrupper_av_analgetika (Hentet: 30. april 2020).
- Norsk legemiddelhandbok (2016b) *T20.2.2 Opioider analgetika*. Tilgjengelig fra:
https://www.legemiddelhandboka.no/T20.2.2/Opioider_analgetika (Hentet: 30. april 2020).
- Norsk legemiddelhandbok (2016c) *T20.1 Ulike smertetilstander*. Tilgjengelig fra:
https://www.legemiddelhandboka.no/T20.1/Ulike_smertetilstander (Hentet: 21. mars 2020).
- Norsk senter for forskningsdata (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier> (Hentet: 25. februar 2020).
- Norsk sykepleierforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 24. mars 2020).
- Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag - historie, fag og etikk*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Stubberud, D.-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 17-39.
- Olsen, B. F. og Rustøen, T. (2020) Intensivpasienter må kartlegges systematisk for smerter, *Sykepleien*, 2, s. 72-77. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.80613.
- Oregon State University (u.å) *What is the Institutional Review Board (IRB)?* Tilgjengelig fra:
<https://research.oregonstate.edu/irb/frequently-asked-questions/what-institutional-review-board-irb> (Hentet: 9. mai 2020).

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 24. mars 2020).
- Reiersdal, O., Helland, E. S. og Breland, H. P. (2007) Sykepleiere bruker ikke smerteskala, *Sykepleien*, 95(7), s. 50-52. doi: 10.4220/sykepleiens.2007.0044.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2016) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 244-270.
- Sand, O. *et al.* (2016) *Menneskekroppen*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sandvik, R. K. *et al.* (2014) Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial, *European Journal of Pain*, 18(10), s. 1490-1500. doi: 10.1002/ejp.523.
- Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97-113.
- Storli, M. (2008) Feilmedisinering i sykehus - organisasjonskulturens påvirkning, *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(3), s. 19-23. doi: 10.1177/010740830802800305.
- Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tracy, B. og Morrison, R. S. (2013) Pain Management in Older Adults, *Clinical Therapeutics*, 35(11), s. 1659-1668. doi: 10.1016/j.clinthera.2013.09.026.
- Valen, R. v. *et al.* (2012) Pain management after cardiac surgery: experience with a nurse-driven pain protocol, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(1), s. 62-69. doi: 10.1177/1474515111430879.
- Vægter, C. B. *et al.* (2019) Smertefysiologi 1: smerteanatomi og smertemekanismer, i Werner, M. U., Finnerup, N. B. og Arendt-Nielsen, L. (red.) *Smerter - baggrund, evidens og behandling*. København: Fagl's Forlag, s. 36-51.
- Winger, A. og Leegaard, M. (2016) Smerter, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 172-197.

Vedlegg:

Vedlegg nr. 1:

P (Population/patient/problem) Hvilken pasientgruppe dreier det seg om?	I (Intervention) Hva med denne pasientgruppen er du interessert i?	C (Comparison) Ønsker du å sammenligne to typer tiltak?	O (Outcome) Hvilke endepunkter er du interessert i?
Smertepåvirkede pasienter Medikamentell behandling	Observasjon Oppfølging Kartlegging		Sykepleierens rolle Sykepleiefaglige faktorer
P	I	C	O
Patients Chronic pain Acute pain Pain affected patients Hospital Nursing home Home-care	Pain management Pain Nurses role Administer medicine Safe administration Analgetics Drug Therapy Drug Effects Pharmacokinetic Pain ratings Reporting Pain assessment Present pain intensity Pain indications Treatment outcome Communication Facial Expression Nonverbal communication		Pain management Observation Safe medication Nurses role Nurse-patient relations

