

Anonym

Utfordringer for sykepleiere knyttet til smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter

Litteraturbachelor
Antall ord: 7695.

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Utfordringer for sykepleiere knyttet til smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter

Litteraturbachelor

Antall ord: 7695.

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Utfordringer for sykepleiere knyttet til smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med denne oppgaven er å belyse utfordringer rundt det å lindre akutt nociseptiv smerte hos en postoperativ pasient. Økt kunnskap om temaet kan bidra til å fremme bedre sykepleie på feltet.

Metode

Dette er en systematisk litteraturstudie.

Resultat

En stor andel postoperative pasienter opplever perioder med moderate til sterke akutte smerter. For dårlig smertelindring fører til mye unødig smerte for denne pasientgruppen. Forskning belyser flere barrierer blant sykepleiere som resulterer i uadekvat smertelindring. Manglende kunnskap om smerter, analgetika, analgetiske prinsipper, for dårlig systematisk kartlegging av smerter og holdninger trekkes frem som viktige faktorer.

Konklusjon

Litteraturstudien viser at smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter byr på utfordringer. Det er behov for å bedre smertelindringen av denne pasientgruppen. Det trengs målrettet kompetanseheving blant sykepleiere om smerte og smertelindring. Økt kunnskap om akutte smerter, analgetiske legemidler, prinsipper og metoder for smertelindring er nødvendig. Det trengs økt kunnskap om og bruk av systematisk kartlegging av smerter, i tillegg til en bevisstgjøring rundt hvordan sykepleiers egne holdninger kan påvirke den smertelindrende behandlingen som gis til pasienten. Dårlig smertelindring gir økt risiko for dårligere klinisk resultat for pasienten og store kostnader på et personlig og samfunnsmessig nivå.

Innholdsfortegnelse

Utfordringer for sykepleiere knyttet til smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter	1
Sammendrag	1
<i>Bakgrunn</i>	1
<i>Metode</i>	1
<i>Resultat</i>	1
<i>Konklusjon</i>	1
1 Innledning	4
1.1 <i>En sjelsettende opplevelse</i>	4
1.2 <i>Bakgrunn</i>	4
1.3 <i>Begrepsavklaring</i>	5
1.4 <i>Teori</i>	5
1.4.1 <i>Smerter</i>	5
1.4.2 <i>Typer smerte</i>	6
1.4.3 <i>Smertelindring</i>	6
1.4.4 <i>Sykepleieteori</i>	6
1.4.5 <i>Sykepleierens rolle</i>	7
1.4.6 <i>Problemstilling</i>	7
2 Metode	8
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	8
2.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	8
2.3 <i>Søkestrategi</i>	8
2.3.1 <i>Søketabell</i>	9
2.3.2 <i>Analyse av data</i>	12
3 Resultat	12
3.1 <i>Artikkelmatrise</i>	12
3.2 <i>Funn</i>	15
3.3 <i>Smerteproblematikken</i>	15
3.3.1 <i>Kunnskapsmangel</i>	16
3.3.2 <i>Holdninger</i>	16
3.3.3 <i>Kostnad</i>	16
4 Diskusjon	17
4.1 <i>Innledning til diskusjon</i>	17
4.2 <i>Kunnskap</i>	17
4.2.1 <i>Analgetika</i>	18
4.2.2 <i>Opioider</i>	18
4.2.3 <i>Ikke-opioide analgetika</i>	19
4.2.4 <i>PCA</i>	19
4.2.5 <i>EDA</i>	20
4.2.6 <i>Strategisk tilnærming</i>	20
4.2.7 <i>Smertevurdering</i>	21
4.3 <i>Holdninger</i>	22
4.4 <i>Kostnad</i>	23
4.5 <i>TOUS – et sykepleieteoretisk perspektiv</i>	23
5 Implikasjoner	24
6 Følgene av en vanskelig natt – tilbake til den innledende pasientfortellingen	25

7 Oppgavens styrker og svakheter	25
8 Konklusjon	26
Referanseliste	27

1 Innledning

1.1 En sjelsettende opplevelse

Under et praksisopphold fulgte undertegnede en pasient gjennom pre-per-post-forløpet. Pasienten var utsatt for en fallulykke og pådro seg en komplisert albuefraktur. Skadens kompleksitet og skadeområdets hevelse gjorde det nødvendig å operere inn en ekstern fiksasjon (ex-fix) først, for å stabilisere bruddet mens operasjonen ble planlagt og hevelsen trakk seg tilbake. Fra pasienten ble hentet med ambulanse og før, under og etter ex-fixoperasjonen opplyste pasienten at hun var godt smertelindret. Pasienten opplevde trygghet og at hun ble godt ivaretatt.

Under den neste operasjonen var pasienten i fullnarkose. Det var et stort kirurgisk inngrep som omfattet store deler av over- og underarmen. Hun kom opp igjen til sengeavdelingen fra recovery sent på kvelden. Gjennom natten opplevde pasienten svært store postoperative akutte smerter og fikk ikke god nok smertelindring. Først tidlig på morgenen fikk man kontroll på smertene. Pasienten, fullstendig utslitt og nedbrutt, greide omsider å sove noen timer. Ut på formiddagen gjenfortalte pasienten hvordan hun opplevde smertene etter operasjonen, og hun beskrev det hele som en skjellsettende opplevelse. Smertene var ulikt noe hun hadde kjent tidligere og hadde satt store spor. Pasienten var på dette tidspunktet godt smertelindret, men hun gråt når hun fortalte om hvor store smertene hadde vært gjennom natten. Hun følte at hun ikke ble tatt på alvor, og at sykepleierne på jobb enten ikke hadde forstått hvor vondt det var eller trodd på henne.

I ettertid var det bred enighet om at pasienten ble for dårlig smertelindret. Denne situasjonen kunne og burde vært unngått. Man visste inngrepets omfang på forhånd og at det var en betydelig risiko for sterke akutte smerter. Det var forordnet sterke nok og tilstrekkelig mengder smertestillende til pasienten, og når man til slutt benyttet de ressursene man hadde til rådighet ble hun omsider akseptabelt smertelindret.

1.2 Bakgrunn

Pasientopplevelsen over er dessverre ikke en unik historie. Som sykepleiestudent gjorde denne pasienthistorien et inntrykk. Det er bakteppet for oppgaven.

Valgt tema er smertelindring av akutte nociseptive smerter hos postoperative pasienter i en sykehussetting. Temaet er relevant fordi smertelindring er en sykepleieoppgave. Kartlegging av pasientens smerter, iverksettelse av smertelindrende tiltak og evalueringen av effekten av disse tiltakene er sykepleierens ansvar (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017) (Carr, et al., 2013). En kirurgisk operasjon innebærer at pasienten risikerer å oppleve akutte, nociseptive smerter etter operasjonen (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). Sykepleieren trenger kunnskap om smertefysiologi, ulike typer smerte, kartlegging og vurdering av smerte, medisinsk behandling med analgetika, administreringsmetoder for disse legemidlene, virkning og bivirkningene av legemidlene og evaluering av legemidlets effekt (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008). Allikevel er denne kunnskapen mangelfull blant sykepleiere. Sykepleieren må i tillegg være bevisst egne holdninger til pasienten og pasientens smerteopplevelse. Forskning viser at sykepleierens holdninger spiller en rolle i graden av smerte pasienten opplever (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014). Sterke, akutte smerter har konsekvenser for pasienten (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). Akutte smerter er et tydelig signal ved sykdom eller skade. Ved akutt vevsskade som for eksempel brudd, kutt, klemskade,

brannskade eller kirurgi har smerten en beskyttende effekt, i form av at den signaliserer at kroppen må avslutte en skadende handling eller aktivitet. Men sterk akutt smerte truer også pasientens grunnleggende behov for velvære. Akutte smerter påvirker kroppens organsystemer, og det kan ut over pasientens respirasjon, sirkulasjon, muskulatur, fordøyelsesorganer, det endokrine systemet og psyken (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017). Dette kan være med på å true pasientens recoveryprosess og forsinke den postoperative rehabiliteringen (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Schreiber, et al., 2014). Til tross for at smertelindring er et stort fokusområde innen litteratur og forskning, har opp mot halvparten av innlagte sykehuspasienter perioder med sterke ukontrollerte smerter under oppholdet. Hele 80% av pasienter i en postoperativ setting formidler at smerten oppleves som moderat til alvorlig sterk (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Schreiber, et al., 2014).

1.3 Begrepsavklaring

En postoperativ pasient beskriver fasen etter at pasienten har gjennomgått et kirurgisk inngrep i et pre-per-postforløp (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017). Innen forskning, faglitteratur og skolepensum brukes opioider(er) og opiater noen ganger om hverandre. Opiater anses for å være et utdatert begrep. Betegnelsen "opiater" vil av den grunn ikke bli brukt i oppgaven. I forskningsartikkelen til Laserina Connor lanserer hun betegnelsen "subject matter experts". Dette har undertegnede oversatt til "områdeekspert" på norsk. Akutte smerter kan indikere postoperative komplikasjoner. Eksempler på dette kan være smerter som oppstår som følge av en postoperativ infeksjon, ødem, blødning, kompartmentsyndrom, dyp venetrombose etc. (Stubberud, Grønseth, & Almås, Klinisk sykepleie 1, 2017). Dette krever at sykepleieren evner å skille mellom når det er hensiktsmessig å lindre smerten og når det oppstår smerte som følge av alvorlige, underforliggende årsaker. Denne oppgaven vil ikke handle om akutte smerter som tegn på alvorlige postoperative komplikasjoner.

1.4 Teori

I teorikapittelet presenteres teoretiske begreper og fagkunnskap som det er viktig å ha kjennskap til. Teorien danner rammeverket for diskusjonen som kommer i diskusjonskapittelet. Teorien er valgt ut for å belyse temaet og problemstillingen i oppgaven.

1.4.1 Smerter

Smerte beskrives som "en ubehagelig sensorisk følelse som oppstår som følge av en fysiologisk respons på skadelig mekanisk, termisk eller kjemisk stimuli" (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). På side 383 i boken Klinisk Sykepleie 1 defineres smerte som "...en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse" (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Smerter er en subjektiv opplevelse og et sammensatt fenomen. En rekke ulike faktorer kan medvirke til både å forverre og redusere smerten. At smerter er en sensorisk og subjektiv opplevelse gjør det utfordrende for andre å fullt ut forstå omfanget og opplevelsen. Sykepleieren kan observere tegn og responser på smerte hos pasienten og lytte til beskrivelsen av den. Men det er pasienten alene som vet hvordan smerten føles (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

1.4.2 Typer smerte

Det skilles mellom ulike kategorier og typer smerter. Akutte smerter oppstår f.eks. ved skade, er kortvarige og går over når skaden leges. Kroniske smerter er langvarige. Varigheten på smertene avgjør hva som er hva, der smerter som varer lengre enn tre måneder klassifiseres som kroniske. Av typer smerter deles de inn i nevropatiske, idiopatiske og nociseptive. Nociseptive smerter oppstår når det forekommer vevsødeleggelse eller stimuli som kan true med vevsødeleggelse. Nociseptive smerter utløses av at smertereseptorer stimuleres og de er som regel akutte. Eksempler på årsaker til nociseptive smerter er mekaniske skader, kirurgi, iskemiske tilstander, høy temperatur eller høyt trykk (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Nociseptive smerter deles inn i viscerale og somatiske. Viscerale smerter kommer fra kroppens indre organer og oppleves som mer dumpe, langsomme, verkende, gnagende og klemmende. Somatiske smerter oppstår som regel ved skadetilstander. Overflatisk somatisk smerte er fra skader på huden mens dyp somatisk smerte er fra skader på ledd, bindevev og skjelettmuskulaturen (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) Nociseptive smerter lindres hovedsakelig med analgetika, og det er smertelindring av nociseptive smerter som er tema for denne oppgaven.

1.4.3 Smertelindring

Hensikten med smertelindring er "...at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser" (Den norske legeforening, 2009). Akutte, nociseptive smerter behandles først og fremst med smertelindrende legemidler: analgetika. De deles inn i to hovedkategorier. Ikke-opioide analgetika brukes til å behandle mindre til moderate smerter. Paracetamol og NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) er vanlige eksempler. Opioider er morfinlignende preparater og er vanlige å gi ved større skader. Opioider gir rask effekt og spiller en stor rolle i lindringen av postoperative smerter. Eksempler på svakere opioider er tramadol og kodein. Sterke opioider er kjente navn som morfin, metadon, fentanyl og oksykodon. I dag er det blitt mer vanlig med multimodal smertelindring, der man angriper smertene ved hjelp av en kombinasjon av ulike legemidler for å oppnå best mulig effekt. Spesielt opioider har mange bivirkninger, som kan være med på å forlenge et sykdomsforløp når de benyttes. Eksempler er tretthet, obstipasjon, kvalme, søvnforstyrrelser og respirasjonsdepresjon. Derfor er det viktig at man greier å balansere virkning, bivirkning og risikoen for pasienten med legemiddelbruken (Den norske legeforening, 2009) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

1.4.4 Sykepleieteori

Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) er en sykepleieteori på middle-range-nivå (middle-range theory). Den er utviklet og testet gjennom empirisk sykepleieforskning (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2012). Middle-range teorier kjennetegnes ved at de er mer anvendelige, konkrete og dermed mer brukbare i praksis. TOUS er en teori utviklet av sykepleieforskerne Audrey Gift, Renee Milligan, Linda Pugh og Elizabeth Lenz. Teorien er utviklet til å omfatte flere plagsomme symptomer, deriblant smerte. TOUS har tre hovedkomponenter:

- 1) Påvirkende faktorer
- 2) Symptomene
- 3) Symptomuttrykk

De påvirkende faktorene er *fysiske* faktorer, *psykiske* faktorer og *situasjonelle* faktorer. De legger føring for forekomsten av symptomer og symptomuttrykket.

Symptomuttrykket, eller opplevelsen av symptomene, blir beskrevet gjennom fire dimensjoner. Det er intensiteten, tidsdimensjonen, belastning og kvaliteten (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2012). De fire dimensjonene beskrives på side 272 i boken Grunnleggende Sykepleie, Bind 1:

- Intensitet (styrken på eller alvorlighetsgrad av symptomet)
- Tidsdimensjon (hvor lenge symptomet varer, eller hvor ofte det forekommer)
- Belastning (hvor plagsomt symptomet oppleves)
- Kvaliteten (pasientens beskrivelse av symptomet)

(Kristoffersen, 2012)

TOUS er relevant for problemstillingen fordi den gir en teoretisk forståelse for sykepleierens funksjon og vektlegger sykepleierens intervensjon for å redusere pasientens akutte smerte.

1.4.5 Sykepleierens rolle

Det er et sykepleieransvar å foreta observasjoner, kliniske vurderinger, iverksette tiltak og evaluerer tiltakenes effekt. Dette inkluderer observasjon av pasientens smerter og ut i fra de sykepleiefaglige vurderingene vil sykepleieren administrere forordnede legemidler og evaluere virkning og bivirkning (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Som sykepleier er man lovpålagt å utøve sitt virke på en faglig forsvarlig måte. Under kapittel 2 i helsepersonelloven, *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, § 4. Forsvarlighet*, står det følgende:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).

Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001).

Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Behandlingen gjennom spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlig, og den plikter å kvalitetssikre behandlingen som gis. Videre har spesialisthelsetjenesten en lovpålagt plikt til å drive kontinuerlig arbeid for å fremme kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Det er ikke sykepleiers ansvar å foreskrive smertestillende medisiner, men det er godt innenfor sykepleierens ansvarsområde å observere og kartlegge behovet for smertelindring, administrere eller holde igjen smertestillende medikamenter og evaluere effekten av disse. Sykepleieren har en faglig, etisk og juridisk plikt til å lindre smertene pasienten opplever (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Utover dette faller det inn under sykepleierens ansvar å ivareta det relasjonelle forholdet til pasienten og å ivareta den nødvendige tverrfaglige koordineringen med kollegaer, for å sikre samarbeidet til pasientens beste (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

1.4.6 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse utfordringer rundt det å lindre akutt nociceptiv smerte hos en postoperativ pasient. Problemstillingen for denne oppgaven er:

Hvilke utfordringer står sykepleieren overfor i å sikre god smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter?

2 Metode

Bacheloroppgaven anvender litteraturstudie som metode for å gjennomgå eksisterende forskning og litteratur rundt emnet. Gjennom inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert nedenfor ble vitenskapelige forskningsartikler sortert og validert. Søkehistorikk og endelig søk presenteres i en tabell. I tillegg til forskningslitteratur er det anvendt relevant faglitteratur og pensum fra sykepleiestudiet.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie gir en oversikt over forskning som er relevant for å besvare problemstillingen i oppgaven. Resultatet av de valgte forskningsartiklene blir gjennomgått, analysert og presentert i eget kapittel nedenfor. Litteraturstudie som metode oppsummerer allerede etablert forskning og litteratur innen et bestemt tema eller område for å kunne svare på en problemstilling (Aveyard, 2014) (Dalland, 2020). Det er viktig at gjennomgangen av litteraturen foregår på en systematisk måte (Dalland, 2020).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene i artikkelsøket ble valgt for å avgrense søket av forskningsartikler som var relevante for problemstillingen. Artikkelsøket var avgrenset fra år 2000 frem til i dag. Forskningsartiklene skulle ha en IMRaD-struktur og være fagfellevurdert og fulltekst. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon og er en anerkjent norm for skriving og publisering av forskningsartikler (Dalland, Metode og oppgaveskriving, 2020). Fokuset var smertelindring av akutte smerter. Forskning på akutte og kroniske smerter var ikke et eksklusjonskriterie, men kroniske smerter alene var ekskludert. Forskningen skulle ha et sykepleieperspektiv og være i en sykehussetting.

Tabell inklusjon/eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert (peer reviewed)	Før år 2000
Fulltekst	Institusjoner utenfor sykehus
Sykepleieperspektiv	Kroniske smerter alene
Sykepleie- og pasientperspektiv	
IMRaD for forskningsartikler	
Engelsk, norsk, svensk, dansk	
År 2000 frem til i dag	
Smertelindring	
Akutte smerter	

2.3 Søkestrategi

For å strukturere eget arbeid med oppgaven ble det utarbeidet et PICO-skjema. PICO er et verktøy som anvendes i utarbeidingen av problemstillingen og i søkeprosessen. Nedenfor presenteres PICO-skjemaet i tabellform.

Tabell Pico-skjema

PROBLEM	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME
Post-operatives patient	Observation and evaluation		Personalized medicine approach
Acute pain	Acute pain management		Acceptable pain level
Pre-operative pain	Education and standardization		Best practice (based on science, experience and knowledge)
Post-operative pain	Methods of administration		Nurses role
Nociceptive pain	Pain medicine		Evolution of pain management
Nursing	Strategic pain management		
Pain assesment	Communication		
Bias			

Med bakgrunn i PICO-skjemaet ble det først foretatt et generelt og bredt søk etter litteratur og forskning rundt temaet smertelindring. Innledningsvis ble Google Scholar brukt for inspirasjon, å skaffe en oversikt og for å få et innblikk i fagterminologi, ord og uttrykk brukt i forskningen. Deretter ble databasen CINAHL benyttet. I CINAHL ble det gjennomført strukturerte søk med tanke på problemstillingen og temaet for oppgaven. Søkene ble gjennomført på engelsk for å finne internasjonal forskning. Søkeordene ble brukt både hver for seg og i kombinasjon i starten, men utover i søkeprosessen ble det brukt i kombinasjon "AND". Søket ble avgrenset til 2010-2021 i Google scholar og fra 2000-2021 i CINAHL. "Nurse" og "nursing" ble brukt som søkeord for å inkludere sykepleieperspektivet. Det var funn i Google Scholar som var av interesse å bruke. Disse artiklene ble det søkt etter gjennom CINAHL i etterkant, for å sikre at de holdt faglig nivå.

I søkeprosessen ble først overskriftene i forskningsartiklene skimlet. Forskningsartikler som virket relevante ble plukket ut og abstraktet ble lest gjennom. Totalt syv forskningsartikler ble valgt ut, samt en fagartikkel. Nedenfor presenteres søketabellen med de utvalgte funnene. De ble valgt ut med bakgrunn i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, relevansen til oppgavetemaet og for å finne kunnskap som kunne bidra til å belyse problemstillingen.

2.3.1 Søketabell

Data-base	Dato	Avgrensning	Søkeord	AND	Treff	Leste abstrakter	Utvalgte artikler
Cinahl	24.4	Fulltext, 2000-2021	Pain Assessment		4747	4	1. <i>Erkes, Parker, Carr & Mayo (2001)</i> An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge

							and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients <i>2. Schreiber, Cantrell, Moe, Hench, McKinney, Lewis, Weir & Brockopp (2014)</i> Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention
				AND nurse	432		
				AND knowledge, attitude and practice	18		
Cinahl	24.4	Fulltext, 2000-2021	Pain management principles		161	2	<i>1.Tanabe, Buschmann (2000)</i> Emergency nurses' knowledge of pain management principles
				AND *nurs	71		
				AND knowledge	27		
Google scholar	24.4	Fulltext, 2010-2021	Pain assesment		1.57m	5	<i>1.Moceri, Drevdahl (2014)</i> Nurses Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department
				AND nurses knowledge and attitude	18000		

Google scholar	24.4	Fulltext, 2010-2020	Acute pain assessment and management		49000	2	<p><i>1. Carr, Meredith, Chumbley, Killen, Prytherch, Smith (2013)</i></p> <p>Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital</p>
				AND nursing	38500		
Cinahl	26.4	Fulltext, 2000-2021	Acute pain		12849	6	<p><i>1. Polamo, Dunwoody, Krenzischek & Rathwell (2008)</i></p> <p>Perspective on Pain Management in the 21st Century</p> <p><i>2. Polomano, Rathmell, Krenzischek & Dunwoody (2008)</i></p> <p>Emerging Trends and New Approaches to Acute Pain Management</p>
				AND management	3673		
				AND multimodal therapy	32		
Cinahl	26.4	Fulltext, 2000-2021	analgesia		24605	2	<p><i>1 Connor (2016)</i></p> <p>Developing' subject matter experts': an improvement methodology programme for acute post-operative pain with patients post</p>

							major surgery
				AND acute pain management	452		
				AND post operative or post-operative or postoperative or post surgery	17		

2.3.2 Analyse av data

Analysen av forskningslitteraturen ble gjort etter firetrinns-modellen "Synthesis process". Dette er en systematisk metode for analyse og består av innsamling, identifisere hovedfunn, sammenligning og til slutt beskrivelse (Evans, 2002). I første trinn ble forskningsartiklene samlet inn gjennom søk i database og utvalgt ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. I andre trinn ble artiklene lest, for så å bli lest igjen der viktige funn ble uthevet og markert for å gjøre analysearbeidet enklere. Hovedfunnene ble identifisert. I trinn tre ble de ulike funnene sammenlignet med hverandre for å finne likheter og ulikheter. I trinn fire ble så funnene oppsummert.

3 Resultat

Nedenfor presenteres resultatene først i form av en artikkelmatrise i tabell, deretter i form av en skriftlig sammenfatning av de viktigste funnene.

3.1 Artikkelmatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
<i>Moceri, Drevdahl (2014)</i> Nurses Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department	Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres kunnskap og holdninger rundt smertelindring.	Beskrivende forskningsdesing gjennomført ved hjelp forskningsverktøyet "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" samt innhenting av demografisk data, gjennomført ved fem ulike sykehus i USA med fokus på sykepleieren.	Studien understreker og støtter opp om at kompetanseheving rundt smertelindring trengs. Den fant ikke signifikante forskjeller relatert til sykepleierens alder, utdanning, år med erfaring som sykepleier, eller år med erfaring som sykepleier i en akuttmedisinsk setting.	Relevant da den belyser at pasienter ofte opplever manglende smertelindring og den demonstrerer behovet for økt forskning og undervisning rundt effektiv praksis av smertelindring. Studien viser at demografiske faktorer som alder, erfaring og utdanningsnivå spilte liten rolle i sykepleierens kunnskap og holdning rundt smertelindring.
<i>Polamo, Dunwoody, Krenzischeck & Rathwell (2008)</i>	En fagartikkel som tar for seg det moderne perspektivet på akutt smertelindring, der epidemiologien rundt perioperativ smerte	Fagartikkel som presenterer et sammendrag av forskning på moderne smertelindring av	Artikkelen fastslår at 50% av pasienter i sykehuset ikke får adekvat smertelindring	Relevant fordi den gir et overordnet perspektiv på de utfordringer sykepleiere står overfor i dag rundt

Perspective on Pain Management in the 21st Century	diskuteres. Den gir en patofysiologisk forståelse for hvordan enkle og multimodale strategier for smertelindring fungerer. Den dokumenterer behov og viktigheten av kompetanseheving rundt smerte- og smertelindringskunnskaper blant sykepleiere og helseinstitusjoner forøvrig. Den presenterer et overblikk over utfordringer rundt smertelindring i fremtiden.	akutte smerte, og presenterer nye utfordringer for smertelindring i fremtiden	under sitt opphold. Den sier videre at nye strategier og metoder for smertelindring vil spille en stadig større rolle i fremtiden, og at sykepleieren innehar en kritisk funksjon for å adressere smerteproblematikk hos pasienten.	smertelindring. Den trekker frem vitenskapelig forskning på kostnadene ved perioperativ smerte, fremskritt i forståelsen av smerte og utfordringene rundt smertelindring, behov for kompetanseheving på feltet og utfordringer i fremtiden.
<i>Erkes, Parker, Carr & Mayo (2001)</i> An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients	Hensikten med studien er å fastslå effekten av undervisning og fokus på smertelindring som intervensjoner, rettet mot sykepleiere i en sykehussetting	En empirisk intervjuundersøkelse	Studien viser at sykepleieren kunnskap og holdninger korrelerer direkte med kvaliteten på pasientens smertebehandling. Den støtter opp om tidligere forskning relatert til problemer og utfordringer med smertelindring for pasienter under sykehusoppholdet.	Relevant da den belyser utfordringer rundt smertelindring av pasienten. Indikerer et økt behov for og fokus på kompetanseheving hos sykepleiestuderenter og praktiserende sykepleiere rundt smertelindring. Belyser utfordringene rundt, samt viktigheten av, at sykepleiere integrerer og tar i bruk moderne verktøy og metoder for å gi pasienten best mulig smertebehandling. Belyser sammenhengen mellom sykepleiers kunnskap og holdninger opp mot kvaliteten på smertebehandlingene
<i>Polomano, Rathmell, Krenzischek & Dunwoody (2008)</i> Emerging Trends and New Approaches	Hensikten med forskningsanalysen er å utforske nye trender innen akutt smertelindring og diskutere implikasjonene det har for å bedre pleien av pasienten	En metaanalyse og systematisk kunnskapsoversikt over nye trender innen smertelindring av pasienter	Nyere analgetikum og administrasjonsmetoder kan forandre tilnærmingen til smertelindring. Sykepleiere vil spille en økende og sentral rolle i	Relevant fordi den ser på nyere metoder for effektiv smertelindring av pasienter. Styrker og svakheter (utfordringer) ved metodene trekkes frem, og ses også

to Acute Pain Management			den beste strategiske smertelindrende behandlingen av pasienten	opp mot veletablerte metoder for smertelindring. Fremhever sykepleierens rolle i smertelindringen av pasienten
<i>Tanabe, Buschmann (2000)</i> Emergency nurses' knowledge of pain management principles	Hensikten med studien er å fastslå kunnskapsmangler rundt smertelindring hos akuttsykepleiere og identifisere barrierer for smertelindring	Anonymisert spørreundersøkelse	Undersøkelsen fant signifikante mangler hos sykepleierne i to domener: Forståelse rundt begrepene "avhengighet" og "toleranse" samt kunnskap om ulike farmakologiske analgetiske prinsipper. Den identifiserte de manglende kunnskap om avhengighet, toleranse og takeffekt, samt manglende forståelse for analgetiske prinsipper som de største barrierene	Relevant fordi den indikerer at sykepleiere ikke nødvendigvis har en fullgod forståelse for medisinsk smertelindring, i tillegg til at den ser på barrierer som hindrer best mulig smertelindring
<i>Schreiber, Cantrell, Moe, Hench, McKinney, Lewis, Weir & Brockopp (2014)</i> Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management : Evaluation of an Intervention	Hensikten med forskningsprosjektet var å evaluere en undervisende intervensjon designet for å bedre smertelindring i en akutt setting	Klinisk undersøkende prosjekt gjennomført ved et kvasi-eksperimentelt studie i en akutt setting	Undervisende intervensjon økte sammenfatningen mellom sykepleiers og pasientens opplevelse av smerten pasienten gjennomgikk. Avdekket svakheter relatert til kunnskap, holdninger og nøyaktighet i dokumentasjon av smerten til pasienten	Relevant fordi den belyser problematikk rundt god smertelindring av pasienter, effekten av kunnskapshevelse blant sykepleiere

<p><i>Carr, Meredith, Chumbley, Killen, Prytherch, Smith (2013)</i></p> <p>Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital</p>	<p>Hensikten med forskningsprosjektet var å fastslå hvor utstrakt opplevelsen av signifikant klinisk smerte var hos pasienter innlagt ved sykehuset, under og etter oppholdet</p>	<p>Beskrivende, undersøkende forskningsdesign</p>	<p>38.4% av pasientene opplevde signifikante, kliniske smerter. I kategorien kirurgiske pasienter var andelen 54%. 30% av pasientene med signifikant smerte ble registrert med "signifikant klinisk smerte" på smerteskala.</p>	<p>Relevant fordi studien ser på andelen pasienten som opplever sterk smerte under og etter sykehusopphold. Studien differensier mellom ulike pasientgrupper. Studien kommer med forslag til implikasjoner for sykepleien iht. smerte-problematikk, først og fremst implementering av standard for smertekartlegging og organisatorisk prosess for å bedre smertelindring.</p>
<p><i>Connor (2016)</i></p> <p>Developing' subject matter experts': an improvement methodology programme for acute post-operative pain with patients post major surgery</p>	<p>Studien skulle determinere effekten av et metodisk forbedringsinitiativ, med fokus på å forbedre kvaliteten på smertelindringen av akutte, postoperative smerter. Hensikten var å utvikle "subject matter experts" (områdeekspert) på smertelindring blant sykepleiere.</p>	<p>En prospektiv kohortstudie</p>	<p>Over ¼ av pasienten opplevde sterk smerte de 24 første timene postoperativt, årsak ineffektiv analgetisk smertelindring og dårlig kommunikasjon mellom sykepleiere. Utviklingen av "subject matter experts" viste en signifikant forbedring av smertelindringen</p>	<p>Relevant fordi den belyser omfanget av postoperativ smerte hos pasienter, årsaks-sammenhengen til ineffektiv smertelindring og effekten av å styrke kompetansen blant sykepleiere</p>

3.2 Funn

Nedenfor følger en sammenfatning av de mest sentrale funnene i fra forskningsartiklene. De presenteres som egne tema for å gjøre det oversiktlig.

3.3 Smerteproblematikken

Det er gjort store fremskritt i forståelsen av smerte og smertelindringstrategier. Til tross for dette er det fortsatt vanlig at pasienter opplever perioder med ukontrollert nociseptiv smerte under sykehusoppholdet og at smertelindringen av akutte smerter ikke er god nok (Connor, 2016) (Carr, et al., 2013) (Schreiber, et al., 2014) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Moceri & Drevdahl, 2014). Opp mot 50% av pasienter rapporterer om perioder med ukontrollerte smerter postoperativt, og så mye som 32% av pasienter generelt rapporterte at smerte vanligvis eller aldri var godt kontrollert under oppholdet. 80% av pasienter i en postoperativ setting formidler at smerten oppleves som moderat til alvorlig sterk (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Schreiber, et al., 2014). "Analgesic gaps" er et begrep som beskriver perioder der den

smertestillende effekten opphører, og som resulterer i at pasienten opplever økt eller ukontrollerbar smerte (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008).

3.3.1 Kunnskapsmangel

Sykepleiere mangler kunnskap om smertelindring. Mangelen er stor rundt smertestillende medikamenter og deres bivirkninger (Tanabe & Buschmann, 2000). Forskningen indikerer at sykepleiere mangler kunnskap om farmakologiske analgetiske prinsipper og en helhetlig forståelse for smertelindring ved hjelp av analgetika (Tanabe & Buschmann, 2000) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Schreiber, et al., 2014). Evnen til identifisere smerte og å foreta objektive smertevurderinger fremheves som essensielt for å bedre den smertelindrende behandlingen. Det er fortsatt utfordringer knyttet til observasjon og dokumentasjon av smerter, med manglende forståelse for og bruk av systematisk kartlegging (Schreiber, et al., 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Tanabe & Buschmann, 2000). Flere forskningsartikler viser at intervensjoner i form av kompetanseheving og undervisning har en positiv effekt, og at det har positive ringvirkninger for pasientene med akutte smerter i form av bedre kvalitet på behandlingen (Schreiber, et al., 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Connor, 2016). Områdeeksperter på feltet smerte- og smertelindring blant sykepleiere hadde en betydelig positiv effekt på kvaliteten på smertelindringen som ble gitt (Connor, 2016).

3.3.2 Holdninger

Sykepleierens holdninger er en medvirkende faktor i kvaliteten på smertelindringen som gis til pasienten (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Schreiber, et al., 2014). Forskningen trekker frem at det kan være vanskelig å skille mellom kunnskap og holdninger, og at de to ofte må ses i tandem. Kunnskapsløft i form av intervensjoner og utdanning har vist seg å bedre sykepleierens kunnskap om smerte og smertelindring, samt at det har en positiv effekt på sykepleierens holdninger rundt smerte. (Moceri & Drevdahl, 2014) (Schreiber, et al., 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Connor, 2016). Det har gjennom forskningsprosjekter blitt funnet en korrelasjon mellom antall år som praktiserende sykepleier og holdningene til smerte og smertelindring, der de med lengst yrkeserfaring hadde størst utbytte av kompetanseheving innen smertelindring (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001).

3.3.3 Kostnad

Smerter fører med seg en betydelig samfunnskostnad. Smerter som ikke lindres effektivt kan føre til økt antall reinnleggelser, forlengede sykehusopphold, dårligere kliniske resultater og redusert pasienttilfredshet. Majoriteten av reinnleggelser forekommer hos postoperative pasienter, og smerterelaterte innleggelser er hyppigere årsaken enn andre medisinske tilstander, blødninger og kirurgiske tilstander (Schreiber, et al., 2014) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001). Ubehandlete akutte smerter øker risikoen for å utvikle kroniske smerter, og kroniske smerter utgjør i tillegg en betydelig samfunnskostnad. Institute of Medicine anslo i 2010 at den finansielle byrden knyttet opp mot ineffektiv smertelindring kom opp i 635 milliarder USD i USA alene (Schreiber, et al., 2014) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008).

4 Diskusjon

4.1 Innledning til diskusjon

Sammenlignet med tidligere har man i dag mer kunnskap om smerter, og som sykepleier disponerer man bedre analgetika og har mer effektive metoder for smertelindring enn for noen tiår siden (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Til tross for dette er det å gi god smertelindring til postoperative pasienter med akutte nociseptive smerter en utfordring. Så mye som halvparten av alle pasienter blir ikke smertelindret godt nok (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). I gruppen postoperative pasienter har så mye som 80% av pasientene rapportert om moderat til alvorlig grad av smerter i etterkant av et inngrep (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). 80% er uansett sammenheng en høy prosentandel. Når man tar i betraktning at dette skjer i en kontrollert setting der smerter er forventet og med autoriserte sykepleiere parat til å hjelpe, gir det rom for ettertanke. Er det slik at man som pasient og sykepleier bare må akseptere at sterke, akutte smerter i etterkant av en operasjon er uunngåelig?

Det er en realitet at det å oppnå tilfredsstillende smertelindring er utfordrende (Tanabe & Buschmann, 2000) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Forskningen viser imidlertid at mange pasienter opplever unødvendig smerte postoperativt, og identifiserer flere faktorer og som kan påvirke kvaliteten på smertelindringen som gis (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Tanabe & Buschmann, 2000) (Carr, et al., 2013) (Schreiber, et al., 2014) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Som sykepleier er man lovpålagt til å forebygge og redusere pasientens lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Å ha et realistisk forhold til at pasienten vil kunne oppleve sterke, akutte smerter postoperativt behøver ikke være det samme som at man aksepterer dette som en uunngåelig realitet. Snarere bør man jobbe systematisk, målrettet og kunnskapsbasert mot å forbedre smertelindringen som gis (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014). Sykepleieren må tilstrebe å oppnå bedre kontroll på pasientens akutte smerte, lindre den helt eller få den ned på et akseptabelt nivå. Det vil bidra til å sikre mest mulig velvære, minimere lidelse og tilrettelegge for bedre rehabilitering for pasienten. Viktigheten av dette kan neppe overdrives. Ringvirkningene av inadekvat smertelindring har store implikasjoner, og det fører til unødvendig lidelse for pasienten og store samfunnskostnader i form av helseutgifter (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). Ubehandlet akutt smerte postoperativt kan gi store emosjonelle og fysiske plager for pasienten med dårligere kliniske resultater. Det medfører økt risiko for å utvikle kroniske smerter, det øker antall reinnleggelser og kan gi dårligere pasienttilfredshet (Schreiber, et al., 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Carr, et al., 2013).

4.2 Kunnskap

"All verdens gode hensikter kommer til kort hvis du ikke vet hva du skal gjøre og hva du skal observere når du står overfor en dårlig pasient" (Kristoffersen, 2012, s.87)

Til tross for at det har vært i søkelyset og blitt forsket på i lang tid, fortsetter god smertelindring å være flyktig (Schreiber, et al., 2014). Et signifikant barrierer for god smertelindring er sykepleierens mangel på kunnskap rundt smerte og smertelindring

(Schreiber, et al., 2014) (Tanabe & Buschmann, 2000) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008).

4.2.1 Analgetika

Paula Tanabe og Marybeth Buschmann avdekket at sykepleiere scoret lavest på kunnskap om analgetikas virkning og bivirkningene. 59% av spørsmålene stilt om analgetika og deres bivirkninger ble svart korrekt (Tanabe & Buschmann, 2000). Det viser at sykepleiere må øke kunnskapen sin om analgetika, når det er hensiktsmessig å benytte seg av de ulike medisinene og hvilke bivirkninger som må monitoreres. Dette vil styrke sykepleierens evne til å vurdere hvilke strategi og smertestillende legemidler som er mest egnet (Tanabe & Buschmann, 2000) Tanabe og Buschmann er ikke alene om å fremheve kunnskapsmangelen rundt farmakologien. Moceri og Drevdahl anvendte verktøyet *"Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain"*. Det viste at kun 41% av sykepleierne scoret 80% eller mer riktig. 80% representerte terskelen for tilfredsstillende kunnskap om smertelindring. Spørsmål som ble riktig besvart av mer enn 90%, var av mer generell art om smerte og smertelindring, heller enn spesifikke spørsmål om behandling av smerte, analgetika og dosering (Moceri & Drevdahl, 2014). Manglende kunnskap om og misoppfatninger rundt analgetika blant sykepleiere viser seg å være utbredt, og som resultat bidrar denne kunnskapsmangelen til suboptimal smertelindring (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Tanabe & Buschmann, 2000). Lindring av akutte smerter med analgetika er et risiko/nytteforhold. Sykepleieren må kontinuerlig veie opp risiko og nytteverdien av medikamentet med tanke på effekten og bivirkninger det har for pasienten. Dette, i tillegg til at smerte er en subjektiv og individuell opplevelse, gjør at det ikke finnes en "oppskrift" for alle pasienter (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008).

4.2.2 Opioider

For postoperative pasienter som har gjennomgått kirurgi er det ofte behov for sterke opioider tidlig (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Effekten av opioider kan variere fra en pasient til en annen, derfor må behandlingen individualiseres. Det innebærer at sykepleieren kartlegger og observerer effekten. Opioider er potente legemidler med tanke på virkning og bivirkninger. Respirasjonsdepresjon, sedasjon, døsighet, urinretensjon, obstipasjon, kløe, kvalme, brekninger og avhengighet er de vanligste. Den alvorligste, respirasjonsdepresjon, kan true pasientens liv og helse direkte. De andre kan gi pasienten store plager og forringe kvaliteten på rehabiliteringsprosessen. Å få mobilisert en pasient tidlig vil f.eks. være utfordrende dersom pasienten er døsig. Å sikre pasientens ernæringstilstand er utfordrende dersom pasienten er kvalm og kaster opp. Bli bivirkningen for store vil det kunne bidra til at pasientens kliniske resultat blir dårligere (Carr, et al., 2013) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Schreiber, et al., 2014) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). I litteraturen kobles frykten for bivirkninger opp mot underbehandling av smerter (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Forskningen viser at manglende kunnskap og holdninger til opioider blant sykepleiere fører til for dårlig smertelindring av akutte smerter (Schreiber, et al., 2014) (Tanabe & Buschmann, 2000) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001). Opioider gis vanligvis på en måte som gir systemisk effekt. Systemisk effekt betyr at de virker på hele kroppen. De vanligste administreringsmetodene for akutt smerte er per os, injeksjon

intravenøst og injeksjon intramuskulært. I tillegg finnes det andre, mer spesialiserte administrasjonsmetoder for pasienter med alvorlige grunnlidelser (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

4.2.3 Ikke-opioide analgetika

Ikke-opioide analgetika, først og fremst paracetamol og ulike NSAIDs brukes for milde til moderate smerter. De brukes også i kombinasjon med opioider ved sterke smerter. En slik multimodal tilnærming, der man benytter seg av ulike medikamenter og smertelindrende teknikker, har den fordelen at man kan oppnå en bedre balanse mellom virkning og bivirkning. Ved bruk av NSAIDs i kombinasjon med opioider, vil man kunne redusere behovet for opioider og de negative bivirkningene (Moceri & Drevdahl, 2014) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). I likhet med opioider finnes det flere administrasjonsmetoder, avhengig av preparatet og hva som er hensiktsmessig for pasienten (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

4.2.4 PCA

Pasientkontrollert smertebehandling (Patient-controlled analgesia, PCA) har blitt ansett for å være en av de fremste metodene for å oppnå akseptabel smertelindring av akutte smerter (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008). PCA tilrettelegger for kontinuerlig smertelindring, der pasienten selv kan administrere opioid-doser. Analgetika blir administrert intravenøst ved hjelp av en smertepumpe. Forskning har vist at pasienter oppnår bedre smertelindring ved bruk av PCA enn ved "pro re nata" – ved behov. Forskingen sier at pasienter med PCA brukte mer opioider under sykehusoppholdet enn pasienter som fikk administrert smertestillende av sykepleier til faste tider og ved behov. Pasienter med PCA var betydelig mer tilfreds med smertelindringen de fikk. Polomano et al. nevner i "Emerging Trends in Acute Pain Management" en litteraturstudie gjennomført mellom 1966-2004. Den viste at pasienter med PCA brukte så mye som 33% mer morfin postoperativt, sammenlignet med parenteral administrasjon ved behov (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008). PCA har imidlertid sine utfordringer. Det er en ressurskrevende form for smertelindring og pasienten trenger tett oppfølging av sykepleieren. Man må observere at pasienten håndterer selvadministrering, effekten av smertelindringen og mulige bivirkninger (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Opp- og nedkobling av smertepumpen, kontroll av pumpen og utstyr, feilmeldinger, opphold, manglende forståelse og teknisk innsikt i smertepumpene som brukes er noe av det som tar mye tid. Bruken av PCA er avhengig av at pasienten selv er fysisk i stand til å administrere bolusdoser. Pasienten må også forstå prinsippet rundt bolusadministrasjon ved behov for å lindre smerten med sykepleieren i en opplæringsrolle. Den største utfordringen ved PCA er risikoaspektet. Respirasjonsdepresjon er den fremste risikoen og øker markant når kontinuerlig infusjon og selvadministrerte bolusdoser pågår sammen. Ved korrekt bruk er imidlertid ikke risikoen for bevisstløshet og hypoventilasjon større ved PCA enn ved annen administrasjon av opioider (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008). Feildosering, feil medikament eller at handlinger blir avglemt trekkes frem som de tre vanligste risikofaktorene. Gjennom gode kontrollrutiner for forordning, administrering, observasjon og evaluering kan sykepleieren sikre at slike feil ikke begås (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Det betyr at sykepleieren og avdelingen må ha gode rutiner, prosedyrer og opplæring for bruken av PCA.

4.2.5 EDA

Epiduralanalgesi er en trygg teknikk for smertelindring der et epiduralkateter plasseres inn i epiduralrommet i ryggspylen. Det benyttes hos pasienter som har skader eller inngrep i underekstremitetene, bekken, mage og brystregionen. Analgetika injiseres eller infunderes inn i epiduralrommet, noe som blokkerer smerteimpulsene regionalt. Man kan administrere smertestillende medikamenter kontinuerlig, som støtdoser eller gjennom pasientkontrollert EDA (PCEDA). Fordelen er redusert bruk av opioider med systemisk effekt og bivirkningene av disse, reduserte opphold (analgesic gaps) for pasienten og bedre smertelindring enn ved per os, PCA og injeksjoner (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Komplikasjoner ved EDA-behandlingen kan gi svært alvorlige konsekvenser for pasienten. Det krever at sykepleieren har et godt kunnskapsgrunnlag rundt EDA, har fått god opplæring, har kunnskap om komplikasjoner og kan prosedyrene for bruk, stell og seponering. Bruk av EDA krever nøyaktig monitorering av pasientens neurologiske og vitale parametre (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008). Det benyttes enten lokalanestetika, opioider eller en kombinasjon, alt etter hva som er hensiktsmessig. Som med all medikamentell bruk må sykepleieren kjenne til virkninger og bivirkninger av medisinene, og forholde seg til prosedyren.

4.2.6 Strategisk tilnærming

Man må ha en strategisk tilnærming til smertelindring av akutte smerter. Det må legges en plan for smertebehandlingen, der smerte forebygges og lindres best mulig uten opphold. Samtidig må man balansere virkning, bivirkning og risiko av den medikamentelle smertelindringen (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Tanabe & Buschmann, 2000). I den postoperative fasen er dette svært viktig. Sterke akutte smerter er en av de største barrierene for å få gjennomført god, postoperativ sykepleie og rehabilitering (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Connor, 2016) (Schreiber, et al., 2014). Når forskning finner at 80% av postoperative pasienter opplever perioder med ukontrollert moderat til sterk smerte, viser det omfanget av utfordringen. Med strategisk tilnærming menes det at man benytter seg av flere metoder for smertelindring – man bruker de verktøyene man har – for å maksimere effekten av smertelindring. Det innebærer bruk av lokalanestesi for nerveblokkade, systemisk administrasjon, legemidler med potenserings-effekt, EDA og multimodal smertelindring. Godt tverrfaglig samarbeid med lege er viktig, og sykepleierens rolle er avgjørende i dette arbeidet, for legen vil blant annet basere smertelindringsmetoden på sykepleierens observasjoner og vurderinger. Sykepleierens har ansvar for administrasjon av legemidler, observasjon og vurdering av virkning og bivirkninger, dokumentasjon og rapportering til sykepleierkolleger og lege, iverksetting og vurdering av tiltak ut fra pasientens situasjon og planlegging av behandlingen fremover. Det er gjennom forskning kommet frem til at sykepleiere i dag ofte mangler en strategisk, langsiktig tilnærming til smertelindring av pasienten. Dette er uheldig, da det medfører økt bruk av "ved behov" smertelindring av pasienten. Dette kan føre til økt gjennombruddssmerte, f.eks. ved mobilisering eller stell. Dersom man gjennom en strategisk tilnærming greier å forebygge dette, vil det gi mindre unødig akutt smerte for pasienten, bedre ivareta pasientens velvære, tilrettelegge for bedre rehabilitering postoperativt, redusere risikoen for utviklingen av kronisk smerte og bedre pasientens kliniske prognoser på sikt (Moceri & Drevdahl, 2014) (Polomano, Dunwoody,

Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Carr, et al., 2013) (Schreiber, et al., 2014).

4.2.7 Smertevurdering

"The most common cause of unrelieved pain in hospitals in the United States is the failure of staff to routinely assess pain and pain relief" (Tanabe & Buschmann, 2000)

Sitatet ovenfor er hentet fra spørreskjemaet *Emergency nurses' knowledge of pain assessment and intervention strategies*. Det riktige svaret var "True".

Smertevurderingen er en del av selve grunnmuren for å sikre god smertelindring. Grundig kartlegging og vurdering av pasientens smerte er avgjørende for å sikre pasienten får behandling og at behandlingen har effekt. Allikevel sier forskning og litteratur at sykepleiere i stor grad kommer til kort når det gjelder å kartlegge og vurdere pasientens smerter. Årsaken, eller årsakene, ser ut til å være flere, nyanserte og komplekse. Manglende kunnskap om hvordan man kartlegger smerte, lite kjennskap til og bruk av systematiske kartleggingsverktøy, dårlig tid, for få ressurser og motvilje mot å anvende kartleggingsverktøy blant sykepleiere trekkes frem (Tanabe & Buschmann, 2000) (Connor, 2016) (Carr, et al., 2013) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Spesielt overraskende er det kanskje at motvilje blant sykepleiere til å anvende kartleggingsverktøy nevnes som en utfordring. Tidligere forskning konkluderte med at frykten for å miste det individuelle og personlige perspektivet ved sykepleien skulle forsvinne, samt at slik kartlegging tok mye tid, trolig var årsaken (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Det er allikevel bred enighet om at systematisk og standardiserte kartleggingsverktøy for smerter gir en bedre innsikt i pasientens smerter (Tanabe & Buschmann, 2000). Nytteverdien er stor. Gjennom nøye og grundig kartlegging danner sykepleieren seg et bilde av smerten, og man kan så planlegge, utføre tiltak og evaluere tiltakenes effekt på pasientens smerte. Når man standardiserer kartleggingen gir det pasienten en forståelse rundt det å vurdere og kommunisere sin egen smerte. En pasients formidling av egen smerte kan være svært individuell, og alene gir det ikke nok informasjon om smerten. Noen pasienter er sågar ikke i stand til å kommunisere verbalt. Med kartleggingsverktøy får sykepleieren et mer solid sammenligningsgrunnlag for å evaluere pasientens smerte over tid. Da ser man også smertelindringens effekt. Standardiserte verktøy gjør det også enklere å kommunisere med andre kollegaer, slik at man får en felles forståelse og mindre rom for at individuelle holdninger og tolkninger preger kartleggingen. Dette vil også føre til mer presis rapportering og gjøre dokumentasjonsarbeidet lettere (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Connor, 2016) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008). Smertekartlegging med skjemaer og skalaer er verktøy sykepleieren har til rådighet, og det innebærer alt fra omfattende spørreskjemaer til enkle skalaer. Carr et al. fremmer forslaget om å sette mål for kvaliteten på smertekartlegging og lindringen (Carr, et al., 2013). Implementeres det som standardisert praksis vil man få en bevisstgjøring rundt problemet, både på et individuelt sykepleiernivå men også for en sykehusavdeling. At avdelingen som organisasjon er en del av løsningen er viktig. Sykehusavdelingen bør være med å tilrettelegge for og fremme god praksis.

En grundig smertekartlegging består av datainnsamling og kliniske vurderinger. Ved sterke, akutte smerter er en høy grad av stress et klassisk kjennetegn. Sykepleieren må gjenkjenne tegn til stress ved pasienten gjennom observasjon av fysiologiske tegn og atferdsmessig reaksjoner. Fysiologiske tegn kan være forhøyet blodtrykk, hurtigere puls,

raskere åndedrett, utvidede pupiller og svetting. Atferdsmessige reaksjoner kan være at pasienten fokuserer på smerte, snakker om den, gråter, gnir på stedet med smerte, knyter seg og spenner musklene og rynker pannen og skjærer grimaser (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017). Pasientens aktivitetsnivå må kartlegges, og om det oppstår gjennombruddssmerte ved forflytning og bevegelse. Pasientens beskrivelse av smerten kan være svært hjelpsom. Her må sykepleieren kartlegge hvor smerten sitter, hvor intens den er, kvaliteten på smerten, om den varierer, hvor lenge den varer og hva den hindrer pasienten i å gjøre. Dette vil også kunne bevisstgjøre pasienten rundt egen smerte og hva som forverrer eller mildner den. Av skalaer og skjemaer kan vi trekke frem de vanligste: smerteskalene *Numeric Rating Scale (NRS)* og *Verbal Rating Scale (VAS)*. I tillegg finnes det smertevurderingsskjemaer som går mer detaljert til verks. NRS og VAS har fordelen av å være enkle og pasienter forstår de som regel intuitivt. NRS rangerer smerten i skala 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. VAS beskriver verbalt om pasienten har ingen smerte, mild smerte, moderat smerte eller verst tenkelig smerte (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) Skal man ha nytte av disse kartleggingsverktøyene må de brukes hyppig og resultatene må dokumenteres. Gitt at dette gjøres vil man som sykepleiere oppnå at man snakker "samme språk", får en felles forståelse for pasientens situasjon og minimerer risikoen for dårlig kommunikasjon seg i mellom.

4.3 Holdninger

Holdning kan defineres som "en tendens til å tenke, føle og handle positivt eller negativt ovenfor noe, som bestemte objekter, mennesker, ideer, verdier, m.m." (Svartdal, 2020). Forskning viser at sykepleiers holdning ovenfor pasienten kan påvirke behandlingen av sterke, akutte smerter (Schreiber, et al., 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Tanabe & Buschmann, 2000) (Moceri & Drevdahl, 2014). Man kan imidlertid ikke la denne påstanden bli stående uten videre diskusjon, for problemet fremstår nyansert. Sentralt er sykepleierens holdning til pasientens opplevelse av smerte. Smerte er en subjektiv følelse, noe som innebærer at pasienten i denne sammenhengen sitter på fasiten. Forskning har vist at sykepleiere ofte undervurderer intensiteten på pasientens smerter (Moceri & Drevdahl, 2014) (Carr, et al., 2013). Laserina Connor fant i sin forskning at flere av pasienten som hadde moderat til sterk akutt smerte de første 24 timene postoperativt, opplevde at sykepleieren enten ikke lyttet til det de sa eller trodde på pasienten (Connor, 2016). Fordi det er vanskelig å verifisere en subjektiv opplevelse som smerte, er det viktig at sykepleieren tror på pasienten. Dersom sykepleieren tviler på pasientens smerteopplevelse vil det kunne føre til dårligere smertelindring. Her må sykepleieren være bevisst egen tolkning. Tolkningen skjer gjennom egen erfaring, kunnskap og skjønnsmessige vurdering. Dette kan slå ut både positivt og negativt. Et tenkt eksempel kan være: en erfaren sykepleier som har sett mange pasienter med store skader og sterke, akutte smerter kan ha gjort seg opp en "mening" om hva som er "sterke smerter". Da kan man stå i fare for å la dette farge tolkningen av andre pasienters smerte og danne seg et bilde om hva som er "normalt". Har sykepleieren selv kjent sterke, akutte smerter på kroppen kan han lettere relatere seg til pasientens opplevelse. Samtidig må han ikke glemme at det er pasientens erfaring, ikke ens egen, som her er fasiten. Ulike mennesker med ulik bakgrunn, kultur og livshistorie kan også gi utslag på hvordan smerte blir uttrykt (Carr, et al., 2013) (Connor, 2016) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Schreiber, et al., 2014). Holdninger til smertelindrende medisiner trekkes også frem som en barriere for god smertelindring. Spesielt gjelder dette holdninger rundt opioider. Manglende kunnskap rundt toleranse, avhengighet og takeffekt fører til misforståelser og misoppfatninger blant sykepleiere,

noe som sannsynligvis bidrar til for dårlig smertelindring av pasienter med akutte smerter (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Schreiber, et al., 2014). Sterkest står frykten for at bruken av opioider skal føre til avhengighet og misbruk. (Moceri & Drevdahl, 2014) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017).

Forskningslitteraturen er klar på at kunnskap og holdninger henger tett sammen. Intervensjonsstudier har vist at kompetansehevende intervensjoner har positiv effekt på sykepleieres kunnskap om smertelindring av akutte smerter. Dette var igjen med på å bedre sykepleiers holdninger til pasientens smerteopplevelse. Det hadde også en positiv effekt på misoppfatninger og holdninger rundt opioider, som igjen førte til bedre kvalitet på smertelindringen til pasientene (Moceri & Drevdahl, 2014) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Connor, 2016) (Schreiber, et al., 2014). Det er med andre ord liten tvil om at kompetanseheving har positive ringvirkninger

4.4 Kostnad

Kostnadene ved for dårlig smertelindring ble i 2010 anslått til svimlende 635mrd USD i USA. Det har ikke blitt gjennomført en samlet kostnadsanalyse for dette i Norge, men FHI skriver dette om smerte i folkehelse rapporten:

“en grundig analyse i USA konkluderte med at langvarig smerte koster samfunnet minst 4,3 prosent av brutto nasjonalprodukt årlig (IOM, 2011). Overført til norske forhold tilsvarer dette minst 135 milliarder kroner årlig (basert på 2015 tall).” (FHI, 2018)

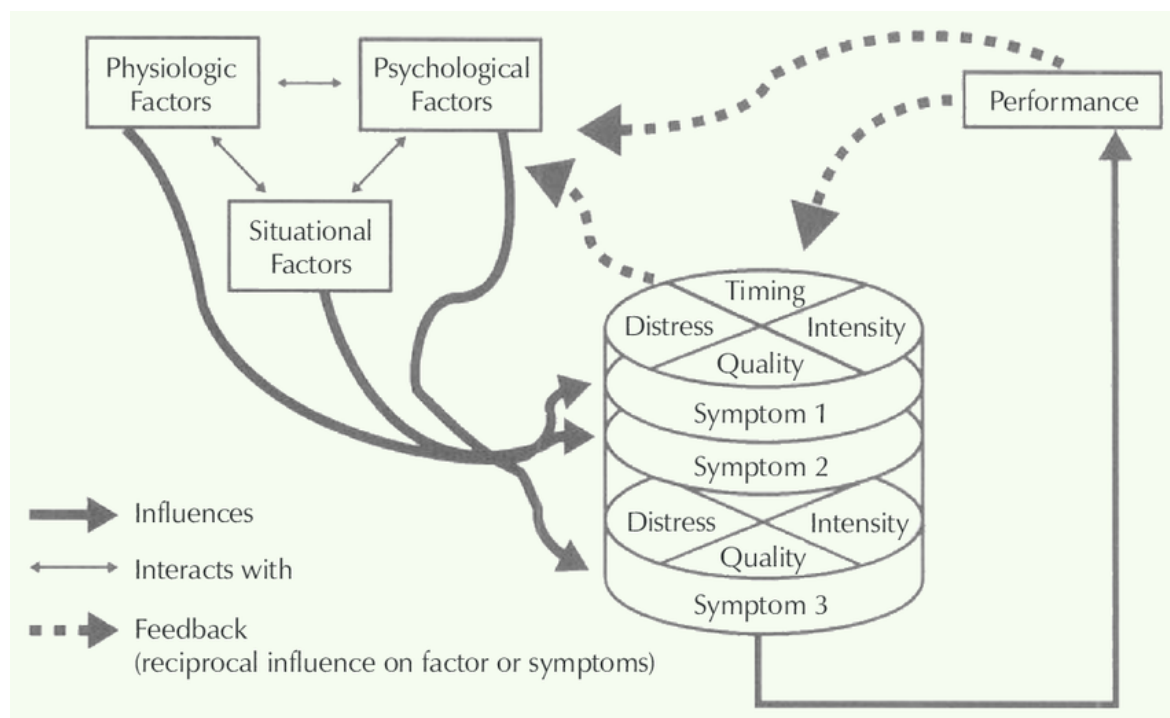
Å anslå samfunnskostnaden av for dårlig smertelindring av postoperative pasienter i Norge har vi ikke grunnlag til, men det er ikke utenkelig at det utgjør betydelige summer direkte og indirekte. For pasienten kan de personlig kostnadene ved for dårlig smertelindring av akutte smerter være store. Sterk smerte er lidelse og det truer pasientens grunnleggende behov for velvære. Det øker risikoen for postoperative komplikasjoner, er en barriere for tidlig mobilisering og rehabilitering, det øker risikoen for utvikling av kronisk smerte og det kan føre til et dårligere klinisk utfall etter operasjon (Carr, et al., 2013) (Connor, 2016) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Schreiber, et al., 2014) (Tanabe & Buschmann, 2000). Denne kunnskapen bør være et insentiv for samfunnet, sykehusene og helsepersonell, sykepleiere inkludert, til å bedre praksisen rundt smertelindring og overkomme utfordringene.

4.5 TOUS – et sykepleieteoretisk perspektiv

Hensikten med sykepleieteori er i følge Grunnleggende Sykepleie bind 1 å “gi sykepleiere noen overordnede teoretiske perspektiver på sykepleien” (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2012). Theory of unpleasant symptoms (fig.1) kan gi en anvendbar teoretisk ramme for smertelindring av akutte, nociseptive smerter. I teorikapitlet introduserte vi de tre faktorene fysiologiske, psykologiske og situasjonelle faktorer. Sterke akutte nociseptive smerter er en fysiologisk faktor som kan gi en negativt interaksjon med pasientens psykologiske og situasjonelle tilstand. Gjennom de fire dimensjonene intensitet, tidsdimensjon, belastning og kvalitet kartlegges og vurderes smerten. *Intensiteten* forteller om styrken, mengden og alvorligheten av smerten. Dette er viktige kliniske observasjoner. *Tidsdimensjonen* omfatter flere ting. Hvor ofte kommer smerten? Hvor lenge varer den? Kommer den og går eller består smerten over tid?

Hvilket tidspunkt kom smerten på? Er den tilknyttet en handling (f.eks. akutt smerte ved mobilisering)? Belastningen gir informasjon om hvor mye pasienten føler seg påvirket av smerten - pasientens subjektive opplevelse. Går den ut over handlinger og gjøremål? Hvordan påvirker smerten deg? Kvaliteten sier noe om hvordan pasienten beskriver smerten sin. Adjektiv er en fin måte å beskrive smerte på. Stikkende, dyp, dunkende eller lynende er eksempler på adjektiver. Slik kan sykepleieren hjelpe pasienten i å kommunisere sin smerte på en måte som er anvendelig. Pasienten kan også beskrive hvor smerten er lokalisert (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2012).

Styrken til TOUS som teoretisk perspektiv er at sykepleieren gjennom kartlegging vil iverksette konkrete tiltak, samtidig som man ivaretar det helhetlige pasientperspektivet. Denne helhetlige tankegangen gjenspeiler også situasjonen pasienten står i. Effektiv smertelindring av akutte, nociseptive smerter vil øke sannsynligheten for et bedre klinisk utfall. Det gir redusert ubehag, åpner for tidlig mobilisering og rehabilitering som igjen reduserer risikoen for postoperative komplikasjoner, forebygger atrofi, bedrer respirasjon og sirkulasjon, fremmer mage-tarm-funksjon og reduserer sannsynligheten for å utvikle kroniske smerter, for å nevne noe (Carr, et al., 2013) (Connor, 2016) (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2017) (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001) (Moceri & Drevdahl, 2014) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Schreiber, et al., 2014).



Figur 1: The middle-range theory "Theory of Unpleasant Symptoms", hentet fra researchgate.net (Myers)

5 Implikasjoner

Forskningen belyser flere faktorer som hver for seg eller samlet bidrar til for dårlig smertelindring. Kunnskapen om smertestillende legemidlers virkning, bivirkninger, analgetiske prinsipper og strategier for smertelindring er manglende. Det er behov for kunnskapsløft om og implementering av riktig smertelindrende metoder. Dette inkluderer systematisk kartlegging, vurdering og monitorering av akutte smerter, en strategisk tilnærming til smertelindring med analgetika, evaluering av effekten på smertelindrende

tiltak, god dokumentasjon av pasientens smerter, god kommunikasjon med pasienten og kollegaer og tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren må være bevisst rollen egne holdninger kan spille for kvaliteten på smertelindringen. Bevisstgjøring og kunnskapsløft om temaet fremmer kunnskapsbasert praksis og reduserer den negative påvirkningen egne holdninger kan ha. Målrettet fagutvikling gjennom kurs, temadager og det å dyrke frem områdeeksperter på temaet smertelindring kan være tiltak som hever kunnskapen og kompetansen, både for den enkelte sykepleier men også avdelingen som helhet. Dette innebærer at sykepleiere ønsker og etterspør kompetanseheving og at ledelsen tilrettelegger for det. Sykepleierne må implementere ny kunnskap og kompetanse på avdelingen de jobber i. I praksis må sykepleieren innta en aktiv rolle i systematisk datainnsamling, kliniske observasjoner, kartlegging og vurdering av akutte smerter, smertelindrende tiltak i form av administrering av analgetika, observere virkning og bivirkning, evaluere tiltakets effekt, dokumentere godt og formidle relevant informasjon videre til kolleger. Da vil man kunne overkomme utfordringene rundt smertelindring av akutte nociseptive smerter hos postoperative pasienter og gi bedre smertelindring. Sykepleieren må fremme ønsker og krav om at det tilrettelegges for det som er nevnt over, og vise til hvorfor det er viktig.

6 Følgene av en vanskelig natt – tilbake til den innledende pasientfortellingen

Følgene av den smertefulle natten var flere. Pasienten mistet tillit til at hun ble godt ivaretatt på sykehuset og hun ble svært redd. Hun fortalte med egne ord at dette var hennes livs verste opplevelse. Smertene hadde vært så ekstreme denne natten at hun fremstod traumatisert. Dette gjorde henne angstpreget, og hun gruet seg til å gjennomføre rehabilitering med armen. Hun vegret seg til og med for at sykepleiere skulle få se, observere og ta på armen og operasjonssåret. Dette var ikke fordi hun fikk smerter og ubehag, for hun var godt smertelindret nå. Det var frykten for smerter som gjorde det så vanskelig. Følgelig ble det postoperative forløpet ikke så optimalt som det kunne ha blitt, noe vi dessverre vet kan gi negative følger for pasienten (Connor, 2016) (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) (Polomano, Rathmell, Krenzischek, & Dunwoody, 2008) (Schreiber, et al., 2014). Pasienten var preget under resten av oppholdet av opplevelsen av de grusomme smertene. Det er vemodig å tenke på at hun trolig kunne vært foruten denne opplevelsen.

7 Oppgavens styrker og svakheter

Det hersker bred faglig enighet om at smertelindring av postoperative pasienter er utfordrende. Oppgavens tema er derfor relevant. Forskningsartiklene som presenterer studiene er skrevet på engelsk, fagfelleverdert og publisert i anerkjente tidsskrift. Forskningen stammer fra land med helsevesen som har mange overførbare likheter til det norske. Nociseptive smerte er en opplevelse som alle mennesker, uavhengig av bakgrunn og kultur, kjenner på kroppen. Litteraturstudien har en begrensning på 7000 ord (+/- 10%) og skulle inkludere 7-10 forskningsartikler. Det begrenser antall studier det er mulig å inkludere. Oppgaven ble skrevet innenfor en tidsramme på to måneder. Med mer tid kunne man gått dypere inn i temaet og fått belyst problemstillingen ytterligere. Litteraturstudien inneholder egne erfaringer, som relaterer temaet ned til det menneskelige pasientnivået. Pasientperspektivet har allikevel en underordnet rolle, og dette kan ses på som en svakhet. Forslag til videre forskning er hvilken rolle overordnede systemiske eller organisatoriske faktorer spiller inn på smertelindring av akutte smerter. Disse faktorene danner mye av rammene en sykepleier har å jobbe ut fra. Det ville også

vært nyttig å forske mer på det komplekse samspillet mellom kunnskap og holdninger og hvordan det påvirker sykepleie i praksis.

8 Konklusjon

Smertelindring av akutte, nociseptive smerter hos postoperative pasienter byr på utfordringer for sykepleiere. Kunnskapsnivået og holdninger blant sykepleiere om smerte og smertelindring har en direkte sammenheng med graden av smerte pasienten opplever. Økt kunnskap om smerte, analgetika, smertelindrende metoder og teknikker, kunnskap om og systematisk bruk av kartleggingsverktøyer og en bevissthet rundt egne holdninger til pasienten smerteopplevelse er nødvendig for å overkomme utfordringene rundt smertelindring. Dette kan bidra til å redusere unødig akutt nociseptiv smerte for postoperative pasienter. Systematisk kartlegging av akutt smerte er manglende og fører til dårligere smertelindring. Fremming av kunnskapsbasert praksis med økt bruk av systematisk smertekartlegging, en strategisk tilnærming til smertelindring, tilrettelegging for god fagutvikling og holdningsfremmende arbeid er viktige tiltak for å heve kvaliteten på smertelindringen.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in Health and Social Care*. England: Open University Press.
- Carr, E., Meredith, P., Chumbley, G., Killen, R., Prytherch, D., & Smith, G. (2013, Oktober 5). Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of Advanced Nursing*, s. 1392.
- Connor, L. O. (2016, Juni 23). Developing' subject matter experts': an improvement methodology programme for acute postoperative pain with patients post major surgery. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 1-28.
- Dalland, O. (2020). *Metode for oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 382-422). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009, April 3). *Den norske legeforening*. Hentet Mai 22, 2021 fra Retningslinjer for smertelindring: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Erkes, B., Parker, V., Carr, R., & Mayo, R. (2001, Juni 2). An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in hospitalized Patients. *Pain Management Nursing*.
- Evans, D. (2002, April 1). Systematic reviews of interpretiv research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, s. 1.
- FHI. (2018, April 16). *Folkehelse rapporten - Langvarig smerte*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, Januar 1). *Lovdata*. Hentet Mai 20, 2021 fra Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, Januar 1). *Lovdata*. Hentet Mai 20, 2021 fra Lov om pasient- og brukerreteigheter (pasient- og brukerreteighetsloven) : https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#§2-5
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, Januar 1). *Lovdata*. Hentet Mai 20, 2021 fra Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) : <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 271). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014, Januar 1). Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, s. 6.
- Myers, J. (u.d.). *The middle-range theory of unpleasant symptoms*. Hentet Mai 2021, 29 fra ResearchGate: https://www.researchgate.net/figure/Updated-Version-of-the-Middle-Range-Theory-of-Unpleasant-Symptoms-Note-From-The_fig2_23770606
- Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., & Rathmell, J. P. (2008, Mars 1). Perspective on Pain Management in the 21st Century. *Pain Management Nursing*, s. 7.

- Polomano, R. C., Rathmell, J. P., Krenzischek, D. A., & Dunwoody, C. J. (2008, Februar 1). Emerging Trends and New Approaches to Acute Pain Management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, ss. 43-53.
- Schreiber, J., Cantrell, D., Moe, K., Hench, J., McKinney, E., Lewis, C. P., . . . Brockopp, D. (2014, Juni 1). Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention. *Pain Management Nursing*, ss. 474-481.
- Stubberud, D. G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D. G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017). *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017). *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svartdal, F. (2020, November 3). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Holdning: <https://snl.no/holdning>
- Tanabe, P., & Buschmann, M. (2000, August 1). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal Of Emergency Nursing*, ss. 299-304.
- Westin, A. A., Strøm, E. J., & Slørdal, L. (2011, Juli 1). *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Hentet Mai 25, 2021 fra Opiat eller opioid?: <https://tidsskriftet.no/2011/07/sprakspalten/opiat-eller-opioid>

