



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	266
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8728
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til postoperative pasienter etter
utskrivelse – Hva er sykepleierens ansvar?

Pain management for post-operative patients
after discharge – What is the responsibility of the
nurse?

Kandidatnummer 266

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Stord

Innlevering: 5.Mai 2021

THEY MAY NOT
REMEMBER YOUR NAME

BUT THEY WILL NEVER FORGET THE WAY YOU
MADE THEM FEEL.

-MAYA ANGELOU-

Sammendrag

Tittel: Smertelindring til postoperative pasienter etter utskrivelse – *Hva er sykepleierens ansvar?*

Bakgrunn: Bakgrunn for valg av tema kommer av erfaringer og observasjoner gjort i praksis på kirurgisk sengepost. Det ble ofte observert mangler i legemiddelhåndtering og ordinerer. I land som USA og Canada er det en folkehelsekrise

Tema er både interessant og viktig for sykepleiernes rolle i pasientbehandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere risikoen for at pasienter som får opioider postoperativt skal bli avhengige av medikamentene?

Hensikt: Hensyn med oppgaven er å belyse min problemstilling med relevant informasjon og oppdatert forskning. Å oppnå ny kunnskap vil være nyttig for personlig fagutvikling.

Metode: Det er benyttet *Litteraturstudie* som metode. Det er utført litteratursøk i databaser som CINAHL, PubMed, EBSCOHost, og Sykepleien.no. Det er utført avgrensninger og innsnevring for å komme frem til mest mulig oppdatert kunnskap. For å besvare problemstillingen er det brukt forskningsartikler, faglitteratur, og egne erfaringer som sykepleierstudent og pasient.

Resultat: Det har vist seg å være sparsommelig med forskning rettet direkte mot sykepleierens ansvar under behandling med opioidbaserte analgetika. Likevel er det en likhet ved alle forskningsartikler brukt i oppgaven, at sykepleierens ansvar er stort, men begrenset i form av kompetanse og at formidling av informasjon til tider blir forsømt på bakgrunn av dårlig praksis samt manglende kunnskap.

Konklusjon: Sykepleiere er dem som er nærmest pasienten, her har dem et stort potensial til å kunne påvirke pasientenes rehabilitering. God pasientinformasjon og riktig undervisning ved utskrivelse kan være avgjørende for pasientens egne holdninger og handlinger etter utskrivelse når dem får resept på opioide analgetika.

Nøkkelord: Opioid, Postoperativ, reseptbelagte opioider, avhengighet, forebygging, sykepleie, smertelindring.

Abstract

Title: Pain management for post-operative patients after discharge – *What is the responsibility of the nurse?*

Background: The background for the choice of topic comes from experiences and observations made in practice at the surgical ward. Deficiencies in drug handling and prescribing were often observed. In countries like the United States and Canada, there is a public health crisis. The topic is both interesting and important for the nurses' role in patient treatment.

Research topic: *How can nurses help reduce the risk of patients receiving opioids postoperatively becoming addicted to the medication??*

Purpose: The purpose of this study, is to enlighten my research topic with relevant information and updated research. Gaining new knowledge and resources will be useful for the personal professional development.

Method: Method used here is *Literature Study*. Literature searches have been performed in databases such as CINAHL, PubMed, EBSCOHost, and Sykepleien.no. Delimitations and narrowings have been made to arrive at the most up-to-date knowledge possible. To answer the problem, research articles, professional literature, and own experiences as a nursing student and patient have been used.

Result: Research aimed directly at the nurse's responsibilities during treatment with opioid-based analgesics has proven to be sparse. Nevertheless, there is a similarity in all research articles used in the thesis, that the nurse's responsibility is great, but limited in terms of competence and that the dissemination of information is sometimes neglected on the basis of poor practice and lack of knowledge.

Conclusion: Nurses are the ones who are closest to the patient, here they have great potential to be able to influence the patients' rehabilitation. Good patient information and proper teaching at discharge can be crucial for the patient's own attitudes and actions after discharge when they are prescribed opioid analgesics.

Keywords: Opioid, Postoperative, prescription opioids, addiction, prevention, nursing, pain relief.

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	
<i>Abstract</i>	
1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt med oppgaven	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning av oppgaven	1
1.4 Egen erfaring.....	2
2.0 Teoretisk rammeverk	3
2.1 Smerte sett i lys av Orlandos interaksjonsteori	3
2.2 Smerter og smertelindring	4
2.3 Opioider og avhengighet	5
2.4 Forskrifter og lovverk	6
2.5 Pasientinformasjon.....	6
2.6 Kartlegging av smerte	7
2.7 Postoperativ smertelindring	8
2.8 Faglig forsvarlighet.....	9
2.9 Etikk i smertebehandling.....	9
3.0 Metode	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.1.1 PICO	12
3.2 Fremgangsmåte.....	12
3.3 Kilde- og metodekritikk	14
3.4 Forskningsetikk	14
3.5 Metodekritikk	15
4.0 Resultat	15
4.1 Nurse's Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra (Khatib & Razvi, 2018).	15
4.2 «Preventing opioid prescription after major surgery: a scoping review of opioid-free analgesia» (Fiore et al., 2019).....	16
4.3 «Sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (Granheim et al., 2015).	17
4.4 Evidence-Based Use of Nonopioid Analgesics (Kremer & Griffis, 2018).....	17
4.5 Patient Opioid Education: Research Shows Nurses' Knowledge of Opioids Makes a Difference (Costello et al., 2016).....	18
4.6 Presentasjon av samlet resultatanalyse.....	19
5.0 Drøfting	20
5.1 Sykepleierens rolle i smertelindring	20

5.2	Sykepleierens holdning til smerte.	21
5.3	Tilstrekkelig informasjon til pasienten.....	22
5.4	Risiko, bivirkninger og komplikasjoner av opioider.....	23
5.5	Forutsetninger for trygg bruk av opioider.....	24
6.0	<i>Avslutning/konklusjon</i>.....	26
7.0	<i>Referanseliste</i>	27
	<i>Vedlegg</i>	30
	Vedlegg 1 Kartleggingsverktøy	30
	Vedlegg 2 Søkematrise	31
	Vedlegg 3 Oversiktstabell	33

1.0 Innledning

Det vil i oppgaven bli drøftet rundt temaet om bruk av opioider i smertelindring, og hvilke risikoer dette kan medføre pasientene i etterkant av behandling.

Oppgaven tar for seg 5 forskningsartikler, på både norsk og engelsk, samt relevant teori som danner grunnlag for av drøftingen rundt tema. Sentrale begreper blir gjort rede for i kapittel om teori.

1.1 Hensikt med oppgaven

Denne oppgaven skal omhandle de kjente problemstillingene som skapes ved bruk av opioider i smertelindring. Som sykepleier er det vår jobb å lindre smerte og sykdom. Ved en postoperativ avdeling vil det ofte komme problemstillinger som smerter, kvalme og annet. Hvordan pasienten har det etter operasjonen, og i rehabiliteringsfasen kan henge mye sammen med hvordan pasienten ble smertelindret postoperativt.

Med nyere og oppdatert kunnskap og forskning vil jeg belyse min valgte problemstilling. Jeg ønsker å undersøke hvordan en sykepleier kan bruke fagkunnskap og andre ressurser til å redusere risikoen for at pasienter blir avhengige av opioider, etter dem er blitt behandlet med disse medikamentene på sykehus.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere risikoen for at pasienter som får opioider postoperativt skal bli avhengige av medikamentene?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I oppgaven vil jeg drøfte hvilke handlinger som virker inn på hvorvidt en pasient blir avhengig av opioider som hen får utskrevet etter sykehusopphold, og hvilke faktorer og tiltak som kan iverksettes for å hindre at pasienter blir avhengige. Jeg ønsker å fokusere på smertebehandling og smertelindring postoperativt, og finne sykepleierfokus i dette. Jeg vil danne oppgavens grunnlag i postoperative smerter og smertelindring, og finne hvilke forutsetninger som gjør pasienter mer utsatt for avhengighet. Oppgaven vil ta for seg etiske

perspektiver, og nyere oppdatert forskning. Oppgaven tar for seg problematikk som oppstår under og etter bruk av opioider i smertebehandling.

Sentrale begreper blir gjort rede for i kapittel om teori.

1.4 Egen erfaring

Som sykepleierstudent møter man på mange problemstillinger, da spesielt under praktisk utøvelse av arbeidet. På kirurgisk sengepost har jeg som student møtt på situasjoner som har formet min tanke rundt problemstilling for oppgaven.

Pasienter som er innlagt på kirurgisk sengepost trenger, oftere enn ikke, smertelindring i større eller mindre grad. De fleste får ordinert opiater i varierende styrke, og det blir tilsynelatende ofte ordinert automatisk uten en grundig gjennomgang med en lege.

Kombinasjonspreparat som «Paralgin forte» (Kodein og paracetamol) blir ofte ordinert til postoperativt bruk, før pasienten er blitt operert. Dette er en god og effektiv smertelindring, men det er ofte at pasientene behøver mer eller sterkere preparater.

På et tidspunkt hadde jeg et møte med en ung pasient, som var inneliggende postoperativt for et clavícula fractur. Han skulle bli utskrevet, og da jeg spurte om han hadde noen spørsmål spurte han om hva navnet på preparatet han fikk på mottak var. Jeg sa jeg ikke var sikker og spurte hvorfor han lurte, da svarte han at han ønsket å vite hva det var da det var den deiligste følelsen av rus han hadde opplevd. Jeg satt meg da ned med han og forklarte han hvor farlig en slik avhengighet er, og hvordan det kan starte. Han hadde tilsynelatende ingen anelse over hvor utbredt opioidavhengighet var i verden og takket for innsikten.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg presentere teorien som danner grunnlag for drøftingen. Teorien vil være sentral for å kunne besvare problemstillingen.

2.1 Smerte sett i lys av Orlandos interaksjonsteori

Ida Jean Orlando sin teori om sykepleieprosess settes i gang av pasientens atferd. Ifølge hennes teori kan all pasientatferd være et rop om hjelp, både verbalt og non-verbalt. Det er opp til sykepleieren å tolke denne atferden og finne ut av hva de kan gjøre for pasienten. Sykepleieprosessen har fem stadier; vurdering, diagnose, planlegging, implementering og evaluering. Hennes teori kaller prosessen for en *Deliberative nursing process* som på norsk kan oversettes med en drøftelsesprosess – hvor vi overveier forskjellige faktorer for å komme frem til konklusjon om tiltak.

Hvis en benytter denne prosessen i smertekartlegging, vil sykepleier i vurderingsfasen utføre en helhetlig vurdering av pasientens behov for smertelindring. Dette skal gjennomføres uten å ta grunn til møte i betraktning, sykepleier skal benytte en datasamlingsramme for å samle både subjektive og objektive data fra pasienten (Kristoffersen, 2017, s.22). Sykepleier bruker sitt kliniske skjønn om helseproblemer i diagnosestadiet. Diagnosen kan deretter bekreftes ved hjelp av koblinger til definerende egenskaper, relaterte faktorer og risikofaktorer funnet under sin vurdering av pasienten. I planleggingsfasen vil en ta for seg identifisert smerte, og finne tiltak for å lindre dette. Det kan være flere smerteutløsende faktorer som alle behøver tiltak og noen tiltak kan være felles. Det skal utarbeides et mål for hvert problemområde, som igjen skal få et sykepleietiltak for å hjelpe å nå målet (Kristoffersen, 2017, s.22-26). Orlando sitt syn på sykepleiefunksjonen er at sykepleier skal lindre eller fjerne fysisk og psykisk ubehag og fremme velvære i her-og-nå situasjoner. Pasientens situasjon er preget av helsesvikt med opplevelse av hjelpeløshet og fortvilelse. Sykepleierens rolle og metoder vil være at gjennom en interaksjonsprosess bidrar sykepleieren til å klargjøre pasientens behov for sykepleie. Sykepleieren skal være bevisst og hensiktsmessig i sine handlinger (Kristoffersen, 2017, s.22-26).

Ved å bruke denne metoden for å kartlegge og vurdere pasienten vil sykepleieren på enden ha en sykepleieplan som sier hva som skal skje med pasientens smerter og/eller problemområder, og hvordan. Den vil også si hva som er målet, og en sykepleier vil kunne vurdere og evaluere tiltak fortløpende i en akutt situasjon (Kristoffersen, 2017, s.22-26).

2.2 Smerter og smertelindring

Vi kan dele opp smerter i fire forskjellige hovedtyper; nociseptive smerter, nevropatiske smerter, psykogene smerter og idiopatiske smerter (Slørdal, 2018, s.326).

Nociseptive smerter er de smertene alle kan oppleve etter vi stikker oss, brenner oss eller lignende. Det forårsakes av akutt vevsskade som stimulerer nociseptorer i kroppen.

Nociseptorer finnes overalt i kroppen bortsett fra i hjernen. Ordet «nociseptiv» kommer av det latinske begrepet noxa, og betyr skade. Disse typen smerter kan behandles med bruk av vanlige analgetika, og nerveledningene er lagt opp slik at både perifert og sentralt virkende analgetika vil ha effekt (Slørdal, 2018, s.326).

Nevropatiske smerter er sentrale eller perifere smerter som forårsakes av feil i funksjon eller en skade i nervesystemet. Det som er spesielt utfordrende med denne typen smerter er at tilstanden fører med en stor fare for å bli kronisk. Smertene kommer ofte av andre sykdommer som diabetes mellitus (diabetisk nevropati), eller multippel sklerose, eller etter forskjellige kirurgiske inngrep. Nevropatiske smerter er typisk en sensasjon av brennende eller stikkende følelse og mekanismen bak smertetyper er enda ikke fullt forstått. Fantomsmerter er også en spesiell type nevropatiske smerter som pasienter kan kjenne hvor amputerte kroppsdeler har vært (Slørdal, 2018, s.326).

Psykogene smerter er en type som betegnes av symptomer på psykiske lidelser som pasienter opplever og beskriver som smerte, men som ikke kan kobles opp mot verken vevsskade eller nevropatiske mekanismer. Denne typen er uvanlig og er vanskelig å diagnostisere, og det har hendt at pasienter med komplekse fysiske smerter har blitt feildiagnostisert med denne tilstanden. Psykogene smerter skal ikke behandles med analgetika (Slørdal, 2018, s.326).

Idiopatiske smerter er smerter uten en kjent årsak. Pasienter kan ha smerter som de ikke klarer å finne årsak til, som derfor kalles «smerter uten kjent årsak». Disse smertene har ingen dokumentert nytteeffekt av analgetika (Slørdal, 2018, s.326).

Man kan også dele smerter inn i varighetsgrupper. Eksempelvis har man kroniske smerter, som betegnes av smerter som har vart i seks måneder eller mer, eller som forblir selv om

utløsende årsak er borte (Slørdal, 2018, s.326). Audun Aas skriver i *Smerteboken* (2018) at smerte offisielt betegnes som «- en ubehagelig sanse- og følelsesmessig opplevelse som skyldes vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrives som om den skyldtes vevsskade». Hans analyse av denne definisjonen går i to deler; at smerten er en individuell følelse som ikke kan beskrives av noen andre enn personen som opplever den, og at smerte innebærer dobbelt ubehag som følelse og sansing. Det beskrives også her om tre typer smerte; skadesmerte, nervesmerte, og langvarig smerte.

2.3 Opioider og avhengighet

Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertelindrende legemidler med samme virkningsmekanisme som morfin. Opioider er brukt i smertebehandling i over 5000år, og stammer fra opiumsvalmuen, hvor morfin og kodein er de vanligste virkestoffene. Syntetiske varianter som petidin og metadon kom frem rundt år 1940. Opioider er de mest effektive virkestoffene vi har for å behandle nociseptive smerter. (Slørdal, 2018, s.330).

Indikasjoner for å benytte opioider i smertebehandling er sterke akutte smerter, og kronisk sykdom med dårlig prognose som blant annet kreftdiagnoser. Noen ganger kan det også ha god funksjon på smertekontroll hos pasienter som har kronisk sykdom med bedre prognoser (Slørdal, 2018, s.330). Kodein har ikke en tilstrekkelig smertelindrende effekt i seg selv og brukes sjeldent alene, dette da kun 10% av tilført dose omdannes til den smertelindrende morfinen. Denne omdannelsen skjer i et spesifikt enzym vi har i leveren, men det er likevel ca 7% av verdens befolkning som ikke vil ha effekt av kodein på grunn av en genetisk mangel på dette enzymet (Slørdal, 2018, s.330-331).

Opioider er generelt svært avhengighetsskapende; etter kontinuerlig bruk eller behandling i en til to uker kan det observeres typiske toleranse- og abstinensfenomener. Opioider vil dessuten gi en lang rekke effekter, der en følelse av ro og velvære (eufori) ofte er svært fremtredende. (Slørdal, 2018, s.363). I og med at opioider er såpass avhengighetsskapende, og toleranse kan bygges så vil overdosedødsfall være en risiko. Dette da mennesker uten god kunnskap om virkestoffet vil enklere kunne feilberegne dose, og administrasjonsmåte. I Norge dør flere hundre unge mennesker av denne typen overdoser årlig. Det er vanskelig å estimere hvor mange norske mennesker som misbruker opioider, men det er anslått til å være mellom 5000 og 10 000 mennesker (Slørdal, 2018, s.363). Hos mennesker som er avhengige av opioider, vil dem finne seg i en rus-abstinens syklus, som ofte fører til flere komplekse helseproblemer.

Abstinensplager hos tilvendte avhengige vil dreie seg om angst, uro og diarre symptomer. Det er vanskelig å rehabilitere opioidavhengige mennesker tilbake til rusfrihet, men det er utviklet forskjellige programmer som LAR – Legemiddel Assistert Rehabilitering, hvor brukere får såkalt substitusjonsterapi i form av andre opioider som buprenorfin og metadon (Slørdal, 2018, s.363-337).

2.4 Forskrifter og lovverk

Det finnes mange forskrifter og regler som skal gjøre medisinsk bruk av legemidler forsvarlig. Disse går på legemiddelhåndtering, logistikk, kontrollering og det som ellers hører med når en bruker legemidler i behandling. I §5 av forskrift om legemiddelhåndtering (2008) står det skrevet at *en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå*. Dette betyr at når pasienten skrives ut fra sykehus til en institusjon eller til hjemmet så skal det følge med pasienten en oversikt over hvilke medikamenter pasienten står på. Pasienten bør også få informasjon om disse og hvorfor/hvordan dem brukes. I samme forskrift står det om oppbevaringen av legemidler, at *legemidler skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende* (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §6). Selve tillaging og istandgjøring av legemidler er forskriftsfestet ved at et helsepersonell skal sørge for at rett legemiddel gis til rett pasient, i rett dose, til rett tid, og på rett måte. En medikamentutdeling skal ta sted på grunnlag av den enkelte pasients ordinasjon, med unntak av akutte situasjoner hvor det er en prosedyre som ligger til grunn for forsvarlig helsehjelp i slike situasjoner. Denne prosedyren må da på forhånd utarbeides av virksomhetsleder og helsepersonell med løyve til å rekvirere medikamenter til pasienten (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §7). Hele forskrift om legemidler har som formål å bidra til sikring av god og riktig legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §1).

2.5 Pasientinformasjon.

Å gi informasjon til pasienter er en viktig del av arbeidet som sykepleier. Ofte er pasientene nervøse for prosedyrer, operasjoner, og/eller medikamenter. En viktig forutsetning for at pasienter kan ta del i sin egen behandling, og for å sikre god pasientautonomi er god pasientinformasjon (Nortvedt, 2017, s.139). Det er derfor nedfelt i lovverk at pasienter har rett på informasjon om egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). En slik rettighet vil legge en forpliktelse for helsepersonell til å gi en god og pasienttilpasset

informasjon. Informasjon vil reise forskjellige utfordringer til kommunikasjon og pasientmedvirkning, noe som krever erfaring, gode kommunikative og empatiske ferdigheter, god faglig innsikt og gode rutiner (Nortvedt, 2017, s.139). God pasientinformasjon kan være med på å styre pasientens tilfredshet, redusere stress og angst i forbindelse med inngrep, og er en forutsetning for pasientens medvirkning i egen behandling (Nortvedt, 2017, s.139). Informasjon til pasienter er en del av helsetjenesten der det syndes mest. Travle vakter og mangel på gode rutiner kan føre til at sykepleiere ubevisst sløyfer denne delen av behandlingen. Det er legene som har det endelige ansvaret for at pasientene får informasjonen dem har rett på, men likevel har sykepleierne en viktig rolle i oppfølgingen og tilretteleggingen av informasjonen, samt å besvare og veilede pasienten i helserelaterte spørsmål. Sykepleieren kan bistå legen i informasjonsformidlingen, og hen kan informere på et selvstendig grunnlag innenfor det som er delegert og faglig forsvarlig. Sykepleieren kan også se til at informasjonen formidles på en hensynsfull og omsorgsfull måte (Nortvedt, 2017, s.139).

2.6 Kartlegging av smerte

Når det kommer til smertebehandling, er en av de viktigste sykepleieroppgavene å utføre god smertekartlegging av pasienten. Dette er avgjørende for å kunne gi riktig og god smertelindring. Informasjon om smerten som hvor den befinner seg, intensitet, kvalitet, grad av funksjonsnedsettelse og mer er faktorer som inngår i kartleggingen. Kartleggingsfasen kan også være med på å bevisstgjøre pasienten selv på hvilke forhold som bidrar til smertelindring eller smerteøkning (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.362). Noen av de viktigste sykepleietiltakene under smertekartlegging er observasjon og klinisk vurdering. Pasienter med smerter har ofte høynet stressnivå, derfor er det viktig å kunne identifisere tegn til stress. Det er mulig for en sykepleier å indirekte observere smerte via fysiologiske tegn som forhøyet blodtrykk, økt puls og respirasjon, økt svetteproduksjon og/eller utvidede pupiller (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.362). Likevel er det viktigste tegnet det pasienten selv beskriver, og hvilke atferdsmessige tegn som kommer fram. At pasienten har økt fokus på smerten i form av snakking om og gnikking på smertepunktet, smerteuttrykk som rynking i panne og grimaser, og/eller økte muskelspenninger. Dette er faktorer som er viktige å få frem spesielt om pasienten er ute av stand til å formidle subjektive svar om smertene (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.362-363). I tillegg til dette er det viktig å bruke kartleggingsverktøy som

kan gi et systematisk og aktuelt. Nøyaktig og grundig kartlegging danner grunnlag for god planlegging og iverksettelse og evaluering av tiltak for å lindre smerten.

Her finnes flere hjelpemidler som omfattende spørreskjema, noen av disse kan være:

Verbal skala (VRS) – her velger pasienten selv hvilket ord som best beskriver smerten. Det brukes beskrivelsene Ingen smerte – Mild smerte – Moderat smerte – Sterk smerte (Holm et al., 2011, s.73).

Numerisk skala – Pasienten bruker en tallrekke fra 1-10 for å beskrive sin smerte, hvor 1 er ingen smerte, og 10 er verst tenkelige smerte (Holm et al., 2011, s.73).

Ansiktsskala – Pasienten vurderer sin smerte ved hjelp av en bildeskala som viser seks smertepåvirkete ansiktsuttrykk i forskjellig grad, fra lav til høy. Denne er godt egnet for å vurdere smerte hos pasienter som ikke klarer å uttrykke seg tilstrekkelig verbalt, og der nonverbal kommunikasjon må benyttes (Holm et al., 2011, s.73).

Visuell Analog Skala (VAS) – Pasienten vurderer sine egne smerter ved å rangere seg fra ingen smerte til verst tenkelige smerte. Denne benyttes gjerne i kombinasjon med numerisk skala da dette visualiserer smerten bedre for pasienten, i så tilfelle vil 0 være ingen smerte, og 10 være verst tenkelig smerte. Ved bruk av VAS vil en vise pasienten skalaen på et ark eller annet hjelpemiddel, slik at pasienten kan se denne (Holm et al., 2011, s.73).

Se vedlegg 1 for eksempel på nevnte Kartleggingshjelpemidler.

2.7 Postoperativ smertelindring

Smertebehandling er en stor og viktig del av postoperativ behandling. Alle former for kirurgi vil føre til vevskade i forskjellig grad, og som nevnt tidligere vil vevskade føre til nociseptiv smerte. Riktig og god smertelindring har mye å si for pasientens velvære og helingsprosess. Både respirasjonsevne og bevegelse er avhengig av tilstrekkelig smertefravær (Nakstad, 2014, s.576). Det er mange ting som *kan* være tegn på smerte som en bør være obs på ved observasjon av pasienten; rynking i ansiktet, økt overfladisk respirasjon og bruk av hjelpemuskulatur, økning i blodtrykket (Nakstad, 2014, s.576). For å hindre at pasienten har for mye smerter ved oppvåkning kan en gi pasienten regional smertelindring som eksempelvis epidural analgesi. Denne kan man gi bedøvelse igjennom et kateter mot slutten av operasjonen slik at pasienten får en mer behagelig og smertefri oppvåkning. En vil som oftest kombinere en slik regional smertebehandling med bruk av legemidler med en generell

smertelindrende effekt. Det brukes paracetamol, og om mulig et antiinflammatorisk middel som grunnlag for systematisk smertebehandling. Det må i tillegg benyttes en mengde opioider for å sikre tilstrekkelig smertelindring, uten å påføre for mye bivirkninger. Opioider kan forårsake respirasjonsdepresjon og somnolens ved for høye doser, og hva en pasient tåler er forskjellig fra person til person. Om en kan finne en god måte å oppnå en tilstrekkelig smertelindring, så kan dette redusere nødvendighet av opioid behandling, som er positivt for pasientens rehabilitering. Det er viktig å huske at god leiring, luftkvalitet, velvære, søvn og ro kan ha mye å si for pasientens smertelindring (Nakstad, 2014, s.576). Det er ved noen tilfeller av mindre smerteproblematikk tilstrekkelig med sporadisk bruk av subkutane og intramuskulære injeksjoner av morfin eller andre opioider. Det skal da registreres hvor mye og hvor ofte pasienten mottar injeksjoner for å holde kontroll på dosering og får å få oversikt over behovet. Om pasienten har økende behov for disse injeksjonene kan det være tegn på at regional smertelindring kan være nødvendig (Nakstad, 2014, s.576).

2.8 Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet er et av de helserettslige hovedprinsippene innen helsebehandling. Dette begrepet bygger på det etiske prinsippet om å gjøre det som er best og som gagnar pasienten, ikke det som kan påføre skade. Krav om faglig forsvarlighet for sykepleiere retter seg mot praksis og delvis mot det faglige tekniske arbeidet. Kravene om faglig forsvarlig gjelder både forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (Molven, 2016, s 130-135).

For å kunne sikre og identifisere om arbeid som blir utført innen helse- og omsorgsyret er av god kvalitet og faglig forsvarlighet er avvikssystem en del av det totale kvalitetssystemet. Man definerer avvik som brudd på kvalitetskrav eller uønskede hendelser, og en form for rapportering av enkelthendelser som ofte har negativ virkning for arbeidstaker. Det er viktig å være klar over at avvik sjeldent er personrettet, men heller rettet mot rutiner, systematiske feil og administrasjon (Korsvold & Thomassen, 2016).

2.9 Etikk i smertebehandling

Etikk har med begrunnelse og valg av verdier basert på handlinger. Etikk er viktig og sentralt i sykepleieryrket for å kunne belyse, reflektere og begrunne handlinger ut fra verdier.

Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer som utgjør kvalitetskrav og er verdibasert grunnlag for sykepleiere som det er enighet om i profesjonen. (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s 94) Etikk er teorien om hva som rett og galt. Etikk er en refleksjon over moralen eller de mer gjennomtenkte synspunktene om hva som er rett og galt, eller vondt og godt. For å kunne reflektere over om hva vi føler og tenker om en situasjon eller handling, brukes etikken både bevisst og ubevisst som et hjelpemiddel. Gjennom å bruke etikk kan man bruke språklige verktøy som videre vil hjelpe med å identifisere etiske problem eller sette ord på ulike handlinger og situasjoner og videre reflektere over dem (Heggstad & Nitter, 2018, s 10-11).

Pasienten har rett på selvbestemmelse, eller pasientautonomi. Pasientautonomi forutsetter at pasienten har evne til selvinnsett; innsikt i sin egen lidelse, og i eventuelle konsekvenser av denne. Pasienten må kunne forstå den informasjonen som den blir gitt. Dersom pasienten klarer å kontrollere sin atferd, og vurdere de konsekvenser den kan ha ovenfor seg selv og andre, kan en anse at pasienten har beslutningsevne (Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s.91). Hos pasienter som kan tale for seg bør smertestillende gis dersom pasienten forteller om smerter eller ber om det. En etisk innsikt er at det skal utøves stor forsiktighet i å holde tilbake smertestillende medikamenter til pasienter som ikke er i stand til å handle autonomt. Det er derfor viktig at leger og sykepleiere er observante, lydhøre på de nonverbale tegnene til smerte. Evnen til å sette seg inn i pasientens opplevelse av smerte og ubehag, når dem selv ikke kan gi uttrykk for det, krever god observasjonsevne, empati, og varhet (Nordtvedt & Nordtvedt, 2018, s.91-92).

3.0 Metode

I dette kapittelet blir det beskrevet hvordan metode blir brukt som redskap for å samle inn relevant data, altså informasjon som det er behov for, for å kunne svare på en problemstilling (Dalland, 2020, s.54-55). Avslutningsvis vil det bli presentert om kritisk tenking, og etiske prinsipper i forskning.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en metode som systematiserer kunnskap innhentet fra relevante skriftlige kilder. At det systematiserer betyr at en henter inn litteratur fra flere forskjellige kilder, utfører en kritisk gjennomgang, og til slutt skaper en konklusjon som sammenfatter informasjonen og kunnskapen som kommer frem. Hensikten med en slik studie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av problemstillingen og kunnskapen på det området som blir etterspurt, og å beskrive hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen. (Thidemann, 2019, s.77-78)

Ifølge Thidemann (2019) er det seks trinn i litteraturstudiemetoden. **Trinn 1** går ut på å lese gjennom og vurdere artikkelens relevans. Da skimles man innholdet og vurderer om IMRaD-strukturen er relevant for oppgaven. En kan gjerne også stille seg spørsmål som hvorvidt informasjonen er relevant i forbindelse med sin oppgave, hvilket tidsskrift artikkelen er publisert i, og om det er et fagfelleurdert tidsskrift (Thidemann, 2019, s.90). **Trinn 2** vil være en grundig gjennomgang av artiklene, hvor en tar de artiklene som en synes er interessante og relevant for oppgaven, og leser grundig gjennom dem. Denne delen er for å kunne finne deler av teksten som kan være vesentlige for oppgaven og problemstillingen. Her er det spesielt resultatdelen av artikkelen som er interessant (Thidemann, 2019, s.91). **Trinn 3** er delen hvor du kritisk vurderer artiklene dine. Her finnes det egne sjekklister utarbeidet av forskjellige kilder, som kan bidra til kritisk gjennomgang deriblant helsebiblioteket.no og *Jobb kunnskapsbasert* av Nordtvedt et al. (Thidemann, 2019, s.91-92). **Trinn 4** går ut på å analysere og tolke resultater artiklene. Å granske resultatene er å finne ut hva teksten forteller og fremlegger, mens å tolke teksten gjør du for å selv forstå den. Det kan være nødvendig å lese teksten flere ganger for å forstå den best. Når du leser en tekst bør du ha følgende spørsmål i bakhodet «hva er hensikten med å lese teksten?», «hva er problemstillingen?» og «Hva er forskningsspørsmålene?» (Thidemann, 2019, s.92). I **Trinn 5** er tiden for å utarbeide en literaturmatrise. Her kan man blant annet presentere hvor og hvordan en har kommet frem til hver artikkel og type forskningsmetode. Poenget er at du skal fremstille nyttig og viktig

informasjon fra alle artiklene på en systematisk måte. Dette gir en god og lettere oversikt over viktige faktorer og funn i hver av artiklene (Thidemann, 2019, s.95). **Trinn 6** er trinnet hvor du lager sammendrag av artiklene, og presenterer hva som er funnet av de forskjellige. Det skal presenteres i en løpende tekst, med en hensiktsmessig og logisk rekkefølge der hovedtemaene kommer først (Thidemann, 2019, s.96).

3.1.1 PICO

PICO er et godt hjelpemiddel for å gjøre problemstillingen presis og søkbar. PICO står for Population, Intervention, Comparison, Outcome (Helsebiblioteket, u.å.) Nedenfor er min PICO-tabell som utgjør utgangspunkt for mitt søk og problemstilling.

P (Population/problem)	Kirurgiske pasienter ved og etter utskrivelse.
I (Intervention)	Fare for avhengighet av reseptbelagte opioider, og sykepleierens rolle i dette.
C (Comparisson)	
O (Outcome)	Pasientinformasjonen, tilgjengelig vitenskapelig litteratur og forskning.

3.2 Fremgangsmåte

Fremgangsmåten jeg benytter er for å få oversikt over aktuell litteratur i området jeg tar for meg. Jeg benytter ulike databaser for å kunne gjennomføre søk etter vitenskapelig litteratur som kan belyse min problemstilling. Databaser som CINAHL, PubMed og Sykepleien.no/forskning. Bakgrunn for valg av databaser er fordi disse er relatert til medisin-

og sykepleierfaget. Det er blitt konferert med biblioteket på Campus Stord ved alle litteratursøk og -valg.

CINAHL dekker innenfor området sykepleie, PubMed er en medisinsk og helsebasert database og sykepleien.no/forskning presenterer forskning som er direkte relatert til sykepleiefaget. Jeg brukte søkeord som «opioid avhengighet», «postoperativ smerte», «smertelindring» og «sykepleie», «opioid addiction», «postoperative pain» «postoperative pain management» altså både på norsk og engelsk alt etter hvilket språk databasen har. Jeg avgrenset søkene med årstall 2017-2021 og 2018-2021 da jeg ikke ønsker artikler eldre enn ti år, samt med ordavgrensingen forskning/research, for å få frem mest mulig relevant og oppdatert forskning. For å sikre at artiklene jeg fant alle gikk innpå opioidavhengighet postoperativt, og med fokus på sykepleierens rolle, brukte jeg AND og OR (inni parenteser) for å snevre søket ytterligere inn. Da jeg valgte meg ut artikler gikk jeg etter IMRaD-strukturen, og fagfelleurderte tidsskrifter eller avhandlinger.

IMRaD strukturen er en velkjent fordeling av tekst i vitenskapelige artikler, og forteller hvor du finner forskjellig informasjon. IMRaD står for *Introduksjon* (hvorfor startet du undersøkelsen?), *Metode* (Hva gjorde du?), *Resultat* (hva fant du?) *and* (og) *Diskusjon* (hva betyr funnene?) (Thidemann, 2019, s.30). En kan lett se IMRaD-strukturen i abstraktet/sammendraget til artikkelen det gjelder. I sammendraget starter forfatteren med bakgrunnsinformasjon for artikkelen, som er med på å legitimere studien. IMRaD-strukturen vil i innledningen beskrive hovedhensikten(I), deretter en oppsummering av metodearbeidet (M) og til slutt hovedresultater (R) og evaluering eller diskusjon rundt resultatene (D). Konklusjonen vil komme til slutt og kan inkludere anbefalinger (Thidemann, 2019, s.30).

Jeg har valgt meg ut fem artikler som jeg synes belyser og til dels besvarer min problemstilling fra ulike synspunkt. Disse artiklene tar for seg mengden av kunnskap som er tilgjengelig for helsepersonell, hva som er bra fra før av, hva som må forbedres og hvordan. Jeg snevret ikke inn på landområder fordi det er lite forskning som tar for seg problemstillingen i Norge, og det er mye mer kjent problematikk i land som USA og Canada.

Se vedlegg 2 for forklarende søkematrise.

3.3 Kilde- og metodekritikk

En kilde er noe som brukes for å belyse oppgaven. Det er alltid viktig å bruke kritisk tenking når en skal benytte artikler og forskning i en oppgave, selv om denne er publisert på en velkjent database. Da bør en se på gyldighet, metodisk kvalitet, relevans, og resultat (Helsebiblioteket, u.å.). På helsebiblioteket.no kan man finne flere sjekklister som er utarbeidet for å kunne lette oppgaven med kritisk vurdering av metode. Det finnes sjekklister for hver type metode, og disse er gode å bruke for å systematisere en kritisk gjennomgang av en artikkel (Helsebiblioteket, u.å.). Det finnes mange krav til forskning, hvor et er pålitelighet eller reliabilitet. At en artikkel er pålitelig er et krav til forskningen da det handler om hvorvidt arbeidet du legger frem er til å stole på. Spørsmål som leseren kan stille seg er «hvem er forfatteren?» og «hvorfor har forfatteren undersøkt akkurat dette og hva vil forfatteren bruke resultatet til?» (Dalland, 2020, s.58)

Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. Kritisk tenking og spørsmål om problemstillingen er besvart på en god måte, om resultatet er gyldig og relevant, vil vise om metoden er riktig for oppgavens hensikt (Dalland, 2020, s.56-57). Problemstillingen i oppgaven tar for seg sykepleierens ansvar ovenfor pasientens rehabilitering og livskvalitet etter utskrivelse, og muligheten til å kunne påvirke utfallet av legemiddelbruk. Ved bruk av litteraturstudie har jeg fått resultater fra fem forskningsartikler som tar for seg sentrale deler av oppgavens tema og som kan bidra til å belyse min problemstilling.

Det må nevnes at de fleste forskningsartiklene brukt i oppgaven tar for seg problemstillingen i andre land som USA og Canada. Dette kan være en svakhet i forhold til resultatanalyse og overførbarhet til norske sykehus. Forholdene er ikke de samme i Norge, men det kan være med på å illustrere og belyse mer alvorlig problematikk enn det vi fremdeles har i Norge. En annen styrke i oppgaven er at den er godt belyst med flere relevante litterære kilder.

3.4 Forskningsetikk

Alle som driver med helsefaglig forskning, er nødt til å gjøre dette etisk forsvarlig. Dette er i Norge regulert gjennom Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som behandler spørsmål om den etiske forsvarligheten i forskning. REK må forhåndsgodkjenne medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter, generelle forsknings

biobanker og dispensasjon fra taushetsplikt for annen type forskning. Dersom en ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt må en først ta kontakt med REK for å høre om dem skal godkjenne prosjektet eller ikke (Christoffersen et al., 2015, s.43). Når forskning gjennomføres, skal det benyttes etiske perspektiver og ryddig behandling av personopplysninger.

3.5 Metodekritikk

Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. Kritisk tenking og spørsmål som om problemstillingen er besvart på en god måte, om resultatet er gyldig og relevant, vil vise om metoden er riktig for oppgavens hensikt (Dalland, 2020, s.56-57). Problemstillingen i oppgaven tar for seg sykepleierens ansvar ovenfor pasientens rehabilitering og livskvalitet etter utskrivelse, og muligheten til å kunne påvirke utfallet av legemiddelbruk. Ved bruk av litteraturstudie har jeg fått resultater fra fem forskningsartikler som tar for seg sentrale deler av oppgavens tema og som kan bidra til å belyse min problemstilling.

Det må nevnes at de fleste forskningsartiklene brukt i oppgaven tar for seg problemstillingen i andre land som USA og Canada. Dette kan være en svakhet i forhold til resultatanalyse og overførbarhet til norske sykehus. Forholdene er ikke de samme i Norge, men det kan være med på å illustrere og belyse mer alvorlig problematikk enn det vi fremdeles har i Norge. En annen styrke i oppgaven er at den er godt belyst med flere relevante litterære kilder.

4.0 Resultat

4.1 Nurse's Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra (Khatib & Razvi, 2018).

Artikkelen har til hensikt å undersøke sykepleierens rolle i behandling av postoperativ smerte. Det ble gjennomført en tverrsnittstudie med spørreskjema, hvor deltagende sykepleiere måtte ha minst seks måneders erfaring fra en postoperativ sengepost. Selve spørreskjemaet inneholdt åtte spørsmål, der ett av dem var til anestesileger og resten var til sykepleierne (Khatib & Razvi, 2018). Det kommer frem i studien at sykepleierens rolle i den akutte smertebehandlingen er å administrere legemidler på bakgrunn av ordinasjon fra en lege, men også på bakgrunn av sykepleierens observasjon og kartlegging av pasientens smerter.

Sykepleierens oppgave er å observere pasienten til en slik grad at dem kan vurdere pasienten iverksette tiltak, og i etterkant vurdere effekt av tiltaket. Sykepleieren er den som står nærmest pasienten i den daglige omsorgen, og det er derfor en stor del av oppgaven å sikre at våre pasienter får tilstrekkelig smertelindring etter behov, og nok informasjon til et faglig forsvarlig bruk (Khatib & Razvi, 2018).

Studien konkluderer med at sykepleiere må bli flinkere til å informere pasienten. Økt kompetanse og god kunnskap vil styrke sykepleierens rolle ved smertelindring av pasientene (Khatib & Razvi, 2018).

4.2 «Preventing opioid prescription after major surgery: a scoping review of opioid-free analgesia» (Fiore et al., 2019).

Artikkelen, publisert i 2019, er en systematisk gjennomgang som tar for seg forskning på hvordan leger og behandlere kan unngår bruken av opioide analgetika. Overdreven reseptskriving har blitt sett på som en faktor for den pågående opioidkrisen i Canada. Studien brukte forskningssøkende metode for å lage en systematisk oversikt over forskningslitteratur som tar for seg postoperativ opioid-fritt analgetika. Det ble benyttet åtte bibliografiske søkemotorer, og forfatterne dro frem studiekarakteristikk som design, land, år og kirurgisk prosedyre. Resultatet av søkingen ble organisert tematisk ifølge kirurgisk fagområde, og stadium av pasientrehabilitering (tidlig rehabilitering >24t postoperativt, intermediær rehabilitering <24t postoperativt, og post-utskrivelse). Det ble funnet til sammen 424 forskningsartikler som tar for seg postoperativt bruk av ikke-opioid analgetika (Fiore et al., 2019). Resultatet viser at det var overaskende liten mengde forskning fra land hvor opioidkrisen er svært utbredt (her USA og Canada). De fleste artiklene sammenlignet opioider og ikke-opioide analgetika med fokus på sykehusopphold, men få tok for seg tiden etter utskrivelse. Studiene var dominert av fokus på de kirurgiske fagfeltene ortopedi, generell og gynekologisk/obstetrikk, men få var fokusert på bruken av analgetika etter utskrivelse. Det ble også bemerket et begrenset fokus på ikke-medikamentelle smerteintervensjoner (Fiore et al., 2019). Det kommer frem i forskningen funnet, at opioider brukt i smertelindring kan også øke avhengighetsfaren ved feilaktig bruk. Derfor mener forfatterne at bruken av ikke-opioide analgetika bør vurderes i tilfeller der det kan. Det nevnes at forskning på ikke-opioide analgetika er sparsommelig og sprikende, noe som gjør det vanskelig for behandlere i å finne gode kilder for refleksjon, og kunnskap (Fiore et al., 2019). Artikkelen poengterer at det

finnes mer forskning på bruken av opioider under innleggelse enn det gjør på bruken etter utskrivelse fra sengepost (Fiore et al., 2019).

Det konkluderes med at bruken av opioider under innleggelse virker som det har kommet for å bli, men at alternative smertelindringsmuligheter ikke burde oversees. Det er et voksende problem at opioider blir brukt, og selv om det er en god kilde til smertelindring bør det vises forsiktighet ved forskrivning (Fiore et al., 2019).

4.3 «Sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (Granheim et al., 2015).

Artikkelen publisert i tidsskriftet sykepleien tar for seg kunnskapsnivået til sykepleiere og sykepleierstudenter angående smertebehandling. Det beskrives problematikk hvor smerter er utilstrekkelig behandlet, til tross for at kunnskapsnivået til sykepleiere og studenter om tema er økt (Granheim, 2015).

Hensikten med avhandlingen er å få økt kunnskap om sykepleiere og studenters kunnskap om og holdninger til smerter og lindring av dem hos voksne pasienter. Studien inkluderte rundt 200 sykepleiere og studenter fra ett sykehus og en høyskole hvor dem ble stilt spørsmål fra en norsk versjon av kartleggingsverktøyet for smerte «Nurses Knowledge and Attitudes Surveys Regarding Pain» (NKAS-N). Det resulterte i en svarprosent på 83%, hvor gjennomsnittlig rett svar på spørsmål hos sykepleiere var 71,1% og 58,5% for studenter (Granheim et al., 2015). Både sykepleiere og sykepleiestudenter trenger å styrke sin kunnskap om smertelindring på flere områder. Begge grupper hadde gode kunnskaper på noen områder, men manglet kunnskap og/eller var engstelige for tema respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Det ble funnet gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling, og sykepleiere scoret pasientene sine lavere i NRS-skala enn hva pasientene selv vurderte sine smerter til, noe som viser et økt behov for å styrke kunnskapsnivået om smertelindring (Granheim et al., 2015).

4.4 Evidence-Based Use of Nonopioid Analgesics (Kremer & Griffis, 2018).

Denne artikkelen fra 2018 tar for seg hvordan den økte bruken av opioider har ført til et økt bevisst bruk av ikke-opioide analgetika.

Analgesi er både viktig og nødvendig i enhver bedøvelesteknikk. Analgesi kan oppnås ved hjelp av lokalbedøvelse, opioide og ikke-opioide analgetika, og fra inhalerte bedøvelsesmiddel (Kremer & Griffis, 2018).

Ved bruken av disse midlene og teknikkene vil det være forbundet mange fordeler, men også mye risiko. Dette inkluderer lokalbedøvelse systemisk toksisitet, kvalme og oppkast, respirasjonsdepresjon og urinretensjon. Bruken og implementering av Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protokoller, forebyggende smertestillende teknikker, og pågående nasjonal opioidkrise i USA, er faktorer som fremmer økt bruk av ikke-opioide smertestillende, inkludert da lokalbedøvelse, ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs), intravenøs acetaminophen, nevromodulatoriske midler som gabapentin, kortikosteroider, sentralt virkende α 2-agonister og ketamin. Anestesisykepleiere er med på å optimalisere sikkerheten og kvaliteten på den pleien dem gir gjennom evidensbasert og kunnskapsbasert praksis, inkludert her dem medisinene de velger, bestiller og administrerer til pasientene, for eksempel valget dem tar mellom bruk av opioider og ikke-opioide analgetika. (Kremer & Griffis, 2018). Tidligere har analgetika blitt sett på som førstehandsmedikament og den mest effektive og tryggeste formen for smertelindring ved nociseptiv smerte. Men i senere tid har begrensinger og bivirkninger av opioidbruk kom mer frem på dagsorden, og med den tragiske opioid epidemien i USA banes det vei for nytenking og refleksjon under smertebehandling (Kremer & Griffis, 2018).

4.5 Patient Opioid Education: Research Shows Nurses' Knowledge of Opioids Makes a Difference (Costello et al., 2016).

Denne studien fra 2016 tar for seg viktigheten av god pasientundervisning ved utskrivelse fra sykehus. Mange pasienter har lite kunnskap om medisinene dem bruker, inkludert opioider, under utskrivelse fra sykehusopphold. Denne mangelen på kunnskap kan være medvirkende faktor til feilbruk og misbruk av reseptbelagte opioider blant pasienter. I USA er det estimert at misbruk av reseptbelagte opioider sto for nesten 19,000 dødsfall i 2014 (Costello et al., 2016). Det er mulig at pasienter starter ikke-medisinsk bruk av opioider som følge av manglende undervisning fra første gang dem mottar en resept på et opioid. I tillegg er det mange som ikke tror at reseptbelagte medisiner er farlige, noe som kan føre til ukritisk bruk (Costello et al., 2016).

Hensikten med studien var å fastslå om et pedagogisk inngrep kan ha forbedret sykepleiernes og følgelig da pasientenes kunnskap og viten om trygg og riktig bruk av opioider. (Costello et al., 2016).

I studien har det blitt benyttet kvasi-eksperimentell pretest-posttest metode. Det ble brukt en gruppe pasienter som har blitt skrevet ut med resept på opioid fra samme kirurgiske avdeling, og fulgt dem opp etter utskrivelse med spørsmål angående riktig og trygg bruk, oppbevaring og avhending av opioider. Det ble så utført en opplæring av sykepleierne på denne avdelingen, hvor det ble introdusert forskjellige hjelpemidler som sykepleierne kunne ta i bruk ved undervisning av pasienter som skrives ut med resept på opioider. En uke etter opplæringen av sykepleierne, ble ytterligere 100 pasienter, som var utskrevet fra denne avdelingen med en resept på opioid, kontaktet og fikk gjennomgå samme spørsmål som den tidligere gruppen.

Denne studien har funnet at pasienter har bedre forutsetninger for å forstå riktig og trygg bruk av opioider, dersom også sykepleiere har bedre kunnskap og forståelse om trygg praksis angående reseptbelagte opioider. (Costello et al., 2016). Sykepleiere kan være en god informasjonskilde for pasienten, og det er derfor nødvendig at sykepleiere har kunnskapen og evnen til å kunne undervise pasienter om selv-administrering av opioide analgetika (Costello et al., 2016).

4.6 Presentasjon av samlet resultatanalyse

Artiklene og studiene viser samlet at pasienter innehar mye og god kunnskap om smertelindring og -behandling. Likevel ser det ut til at temaet om opioider er lite forsket på fra sykepleierens perspektiv. Sykepleieren har mulighet for påvirkning av utfallet, og det er viktig at holdninger jevnes med kunnskapsgrunnlaget. En sykepleier er en god kilde til informasjon for pasienten og det må gis tilstrekkelig med informasjon slik at pasienten føler seg trygg. Alle studiene formidler at opioider er kommet for å bli, men at det dog ikke er noe i veien for å reflektere over bruken og eventuell unødvendig bruk av opioider. Viktige punkter å ta med seg fra forskningen er informasjon, kartlegging, forskjell mellom teori og praksis, og frykt for komplikasjoner og avhengighet.

Se vedlegg 3 for oversiktstabell.

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleierens rolle i smertelindring

Som sykepleier har man en stor funksjon og et stort ansvar i behandlingen og lindringen av pasientens smerter. Ansvarer omfatter datasamling, observasjon, kartlegging, vurdering av smerten, administrering av både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring, og evaluering av tiltakets effekt. Et annet viktig aspekt av ansvaret omfatter det relasjonelle og medmenneskelige forholdet til pasienten, og tverrfaglig samarbeid og ordinerer med leger og andre behandlere (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.355-356). Sykepleier er den personen som er nærmest pasienten under et sykehus opphold. Det er sykepleierne som er til stede døgnet rundt, og det er dem pasientene ofte knytter bånd med. Dette gjør at sykepleieren har en stor mulighet ved hvert pasientmøte å kunne vurdere pasienten for hvilken tilstand hen er i. Det viktigste verktøyet en sykepleier har er kunnskap.

Nyere og eldre smerteforskning har gitt oss viktig kunnskap og forståelse om smertefenomener, deriblant forskjellige smertemekanismer, hvilke nervebaner som påvirkes under smerte, hvilke stoffer som slippes ut i kroppen under smerte og hvilken innvirkning de har på smerteopplevelsen, sammensettingen av smerteopplevelsen, hva som påvirker smerteforløpet og mye mer. Alternative smertelindrende metoder som akupunktur, transkutan elektrisk nerverestimulering (TNS), og psykologiske tilnærminger har tidligere ikke vært anerkjent som smertebehandlingsmetoder slik som de er i dag, dette på grunn av forskning og dokumentasjon av effekten (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.356-357). Å jobbe kunnskapsbasert krever at en sykepleier tar i bruk denne kunnskapen, noe som igjen krever at en kan kritisk vurdere forskningslitteratur. Forskning som beskriver pasientens perspektiv, har like stor betydning og innvirkning på arbeidet som kunnskap om fysiologiske mekanismer. Ved å ta i bruk forskningsbasert kunnskap kan en lettere grunngi handlingene en gjør i behandling, og redusere tilfeldig og vilkårlig behandling i praksis. Ofte fungerer ikke sykepleierens forsøk på smertelindring, tilstrekkelig nok for pasienten. Vitenskapelig årsaksforklaring kan øke sykepleierens forståelse og respekt for pasientens smerteopplevelse, og føre til flere og beder målrettede behandlingstiltak for å lindre pasientens smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.356-357).

5.2 Sykepleierens holdning til smerte.

Ifølge studien gjort av Khatib et al (2018) mente hele 89,8% av de deltagende sykepleiere at den største utfordringen i det postoperative forløpet, var den postoperative smerten. Dette bidrar til å belyse viktighetsgraden av kunnskap på området om smerte. Kunnskap om smerte og behandling av dette er en viktig faktor i behandling av pasienter og deres smerte. Smerter fortsatt ikke tilstrekkelig behandlet, på tross av økt kunnskap. Forskning viser at kunnskapen sykepleiere innehar er mangelfull men viktig og avgjørende for pasientens behandling (Granheim, 2015). Det er ikke mulig å etterprøve og validere holdbarheten i pasientens egen opplevelse av smerten. Uten målbare symptomer kan sykepleieren i grunn ikke vite om pasienten faktisk har smerter, eller om pasienten simulerer. Det er viktig at en sykepleier ikke etterprøver det pasienten forteller om sin egen smerte, men heller tar dem på ordet og aktivt forsøker å akseptere at det i disse tilfellene faktisk er pasienten som er autoriteten i situasjonen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.357). Dette setter sykepleierens holdning på prøve, da sykepleieren kan velge å ha tillit til pasienten eller å være tvilsom. Hvis man tviler på pasientens fortelling av egen opplevelse, eller forsømmer å registrere pasientens uttrykk for smerte, kan sykepleieren stå som hinder for optimal smertelindring hos den enkelte pasienten (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.357).

Sykepleiere vil tolke andres smerter på bakgrunn av sin egen erfaring med smerte og sitt eget skjønn (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.357). Det kan tenkes at dette har noe å gjøre med menneskets ønske om å empatisere og sympatisere med andre mennesker, og hvor det i underbevisstheten kan ligge begrensinger for vår evne til å forstå andres opplevelse. På samme måte vil pasienten reagere på sin smerte ut ifra hvilke smerteerfaringen hen har fra tidligere, eksempelvis kan den kulturen pasienten har vokst opp i ha noe å si for hvordan pasienten reagerer (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.357). Egne erfaringer fra sykepleierens barndom vil kunne være faktor i hva som tolkes som «normalt» i smerteatferd og reaksjoner. En sykepleier kan oppleve en reaksjon som normal, mens en annen sykepleier opplever samme reaksjon som overdreven. Egne erfaringer vil gjerne bety mindre for tolkingen av smerter etter hvert som man møter på smertepåvirkede pasienter, da kan det danne seg en felles forståelse blant flere sykepleiere på samme avdeling. At en sykepleier tillater at egne erfaringer forblir som en norm i tolkingen av pasientens smerteopplevelse,

heller enn å akseptere pasientens egne reaksjon, kan dette bli et stort hinder for smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.357).

I studien gjort av Granheim et al. (2015) ble det beskrevet at studiegruppen hadde god kunnskap, men at dem likevel var redde for alvorlige bivirkninger av opioider som respirasjonsdepresjon og avhengighet. Både sykepleiere og studenter uttrykte denne bekymringen, og det kan tenkes at om en sykepleierstudent har dårlig eller lite erfaring med opioid behandling så kan dette påvirke dem i smertehåndtering når dem senere er ferdigutdannet og har ansvar for en større pasientgruppe. Sykepleierne scoret langt bedre enn studentene på undersøkelsen, som kan komme av at sykepleierne har opparbeidet seg en klinisk kompetanse i løpet av karrieren sin, noe studentene har igjen å gjøre.

5.3 Tilstrekkelig informasjon til pasienten

Det kan trekkes en tråd mellom at sykepleier undervurdere pasientens smerteopplevelse, og at sykepleier overvurderer pasientens evne til å ta innover seg informasjon. Noe en kontinuerlig får høre som sykepleierstudent er at en bør skrive oppgavene som om den som leser aldri har hørt om stoffet før, og slik burde en også tenke i forkant av informasjonsformidling hos pasienten. Det er sykepleier sitt ansvar at pasienten blir informert tilstrekkelig, derfor må sykepleier finne en god måte å sørge for at all informasjonen. Det krever en opparbeidet erfaring for å kunne gi pasienten den informasjonen som er tilstrekkelig og god i den enkelte pasientens forløp (Nordtvedt, 2017, s.139). Noen har behov for mer informasjon enn andre, men det bør ikke farge planleggingen før en formidler informasjonen. Eksempelvis kan det virke rart og ukomfortabelt å skulle gi samme informasjon til en pasient uten helsefaglig kompetanse, som til en pasient som er sykepleier selv, men det bør likevel ikke tas høyde for pasientens allerede opparbeidete kunnskap. Et alternativ til hvordan å informere en pasient som en kan anta at kan mye fra før, vil være å still spørsmål som «vet du hva oxynorm er?», og da også gjerne legge ved en lattermild og vennlig tone slik at en ikke sjenerer pasienten. En kan gjerne også poengtere at det er ens lovpålagte plikt å gå igjennom alle punkter av informasjonen, da vil pasienten gjerne synes det er helt greit at du gjør jobbe din slik du skal selv om dem gjerne føler dem ikke behøver informasjonen. For å sikre at en gir mest mulig likeverdig informasjon til hver pasient burde en følge visse råd for hva informasjonen skal inneholde og deretter tilpasse etter situasjon og pasientens mottaksevne. Innholdet i informasjonen skal være fullstendig og skal kommunisere årsaken til pasientens plager og utfordringer dersom en vet dette. Den skal også inneholde sykdommens diagnose og

prognose, slik at pasienten får en formening om hva hen kan forvente seg under sykdomsforløpet. Pasienten skal få vite om hvilke ytterlige tiltak, behandlingsalternativer eller ytterlige utredninger som er aktuelle for dem. Loven sier også at pasienten har rett på å få høre om de forskjellige behandlingsformer og alternativ behandling som finnes, for eksempel kirurgisk intervensjon versus medikamentell behandling. Legen som har ansvar for informasjonen bør også være ærlig i hva som kan forventes av prognoser, risiko og annet (Nordtvedt, 2017, s.139). Sykepleieren har et ansvar ovenfor pasienten sin, og bør bistå legen i å formidle informasjonen slik at pasienten forstår den fullt ut. Det er dog viktig at sykepleieren ikke overtramper sitt fagområde og delegerte ansvar, men fokuserer på å bistå formidleren.

5.4 Risiko, bivirkninger og komplikasjoner av opioider.

Under behandling av sterke smerter kommer ofte av en overdreven frykt for bivirkninger og komplikasjoner. Det er viktig å ha respekt for opioider da dette er et sterkt og til tider farlig virkestoff, men med god kunnskap om bivirkninger og virkninger og en trygg etablert praksis kan dem brukes på rett måte og gi en god og helhetlig smertelindring for pasienten.

Overdreven bruk eller overdosering av opioider vil hemme de naturlige funksjonene i kroppen som respirasjonsfunksjonen. De viktigste bivirkningene ved bruk av opioider er respirasjonsdepresjon, kvalme, brekninger, obstipasjon, somnolens og risiko for avhengighet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.374).

Respirasjonsdepresjon er en skremmende bivirkning av opioider, muligens også den mest alvorlige da det er en livstruende tilstand. Respirasjonsdepresjon hemmer hjernens følsomhet ovenfor opphopning av karbondioksid i blodet. Da smerter i seg selv gir en stimulerende virkning på respirasjonen, kan en helt passende mengde opioider sende pasienten inn i respirasjonsdepresjon dersom pasienten ikke har smerter når det administreres opioider. Det kan selvsagt da også gi pasienten respirasjonsdepresjon dersom pasienten får en altfor høy dose en det som er nødvendig i situasjonen. Dersom pasienten har smerter der respirasjonsmuskulene berører eller forstyrrer det smertefulle området, for eksempel i thorax eller abdomen, noe som i seg selv kan føre til hypoventilasjon. I slike tilfeller kan smertelindring faktisk bedre pasientens respirasjon. Det er derfor viktig å ikke være for redd for å overdosere pasienten, til den grad at en blir tilbakeholden og muligens lar pasienten ha

mer smerter enn strengt tatt nødvendig. Ved dødsfall som er direkte knyttet til overdose, vil dødsårsaken være hypoksisk hjertestans, og det er derfor viktig å observere respirasjonen ved administrering av slike legemidler (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.374).

Avhengighet og vanedanning defineres ved at narkotiske stoffer brukes utenom medisinske grunner. Bruk av medisinske årsaker som smertelindring, er ikke vanedanning, men dersom pasienten fortsetter å bruke medisiner selv om smerten er borte er det vanedanning. Opioider og andre sentralt virkende analgetika gir følelse av eufori, avslapping, og likegyldighet ovenfor forskjellige problemer. Om en bruker opioider med intensjon om å oppnå disse virkningene vil dette fort skape en psykisk avhengighet. En fysisk avhengighet viser seg i form av kroppslige symptomer, altså abstinenssymptomer. Dette forekommer når opioidet blir brått seponert eller gis i svært reduserte doser enn det som pasienten er vant til. Symptomer på abstinens varierer, men dreier seg i mindre alvorlig grad om tåreflod, rennende nese, gjesping, nysing, svetting, hevelse i slimhinner, og rastløshet. Mer alvorlige abstinenssymptomer går ut på dilaterede pupiller, muskelsmerte, magesmerte, nedsatt matlyst, brekning, diare, takykardi, og skjelving (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.377-378).

5.5 Forutsetninger for trygg bruk av opioider

Akutte smerter er som regel nociseptive, altså smerte på grunn av akutt vevskade. Forskjellig grad av nociseptive smerter krever forskjellig type behandling. Det er ingenting i veien for å unngå legemiddelbruk dersom smertene er av en slik lett til moderat grad at den som opplever dem kan tåle det. Enkelte simple tiltak ved akutt vevskade kan faktisk redusere eller fjerne helt behovet for smertelindrende medikamenter (Slørdal, 2018, s.326). Eksempelvis er god førstehjelp ved et overtråkk en enkel ispose, og dersom denne kommer fort nok og en rekker å kjøle ned skaden kjapt etter inntreffelsen kan dette gjøre at pasienten ikke har behov for smertestillende i det hele tatt. Faktisk så kan manglende førstehjelp av denne typen gjøre at pasienten behøver smertelindring på langsikt (Slørdal, 2018, s.326). Det kan være et godt utgangspunkt å kontinuerlig tenke behandlingsmetode som kan hindre behov for smertestillende medikamenter, selv om det ikke alltid er mulig.

Forsiktighet skal utvises ved bruk av opioider, det er viktig for å kunne unngå komplikasjoner. Det er ofte små grenser mellom for lav og for høy dose. Dersom pasienten aldri har fått opioider før er det ikke lett å vite hvor sterk virkningen blir og hvordan pasienten reagerer. Selv om doseringen er gjort teoretisk riktig i forhold til høyde og vekt, kan det

likevel dreie seg om for høye eller lave doser. Derfor er det viktig å nøye observere effekten av legemiddelet på pasientens respirasjon og smerteutvikling en tid etter administrering avhengig av administrasjonsmåte. Eksempelvis vil maksimal respirasjonsdepresjon ved intravenøs administrering oppstå etter 5-7 minutter, ved intramuskulær injeksjon kan det gå 30-60 minutter, og ved subkutan injeksjon eller peroral administrering kan det gå opptil 90 minutter. Dersom en ikke er bevisst på virketiden til opioidet kan det være fare for potensering av virkningen. Etter kirurgi kan det ta flere timer før effekten av anestesimidlenes virkning avtar, så hvis pasienten trenger opioider i tidlig fase av oppvåkningen bør sykepleier prøve seg frem med en liten dose for å unngå potensering av anestesimidlene (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013, s.378).

En annen viktig forutsetning er at legemidlene blir håndtert og kassert på riktig og forsvarlig måte. Pasienten bør få opplæring i riktig bruk, og avhending.

6.0 Avslutning/konklusjon

Sykepleiere og studenter trenger å styrke sin kompetanse på smertehåndtering på flere områder. Dette er noe som kommer klart frem i forskningen. Sykepleier har god kunnskap på mange områder, men er ofte redd for bivirkninger, noe som kan skyldes ufullstendig kunnskapsutbytte. Det er sykepleier sitt ansvar å utføre trygg og sikker legemiddelhåndtering slik lovverket sier. Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §7). Informasjonen skal være fullstendig og unngå rom for forvirring og misforståelser mellom sykepleier og pasient, man skal også unngå å overvurdere pasientens kunnskap. Hvis en pasient får tilstrekkelig informasjon om opioider dem får utskrevet kan det redusere risikoen for feilbruk og vanedanning i etterkant av utskrivelsen.

Det kan også være nyttig å unngå at pasienten får med seg resept som gir ut større mengde enn hva pasienten har behov for, da er det bedre at pasienten får beskjed om å selv ta kontakt dersom de føler dem trenger mer smertelindring slik at vurderinger kan tas for om pasienten virkelig behøver opioider eller om det er tilstrekkelig med ikke-opioid analgetika.

7.0 Referanseliste

- Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H. (2013) Sykepleie ved smerter. I Grønseth, R (Red.), *Klinisk Sykepleie: 1* (3.utg, bind 1, s.356-398). Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P-A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Costello, M., Thompson, S., Aurelien, J., & Luc, T. (2016). Patient opioid education: research shows nurses' knowledge of opioids makes a difference. *Medsurg Nursing*, 25(5), 307.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Faiz, K. W. (11.februar 2014) VAS – *Visuell Analog Skala*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. <https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>
- Fiore, J. F., Jr, Olleik, G., El-Kefraoui, C., Verdolin, B., Kouyoumdjian, A., Alldrit, A., Figueiredo, A. G., Valanci, S., Marquez-GdeV, J. A., Schulz, M., Moldoveanu, D., Nguyen-Powanda, P., Best, G., Banks, A., Landry, T., Pecorelli, N., Baldini, G., & Feldman, L. S. (2019). Preventing opioid prescription after major surgery: a scoping review of opioid-free analgesia. *British journal of anaesthesia*, 123(5), 627–636. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.08.014>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2007). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A., Dihle, A. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien*, 2015;10(4) :(326-334). DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)
- Heggestad, A., & Nitter, A. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Oslo: Samlaget.

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (u.å.). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Holm, S. & Kummeneje (2011) Pre- og postoperative sykepleie. Med dagkirurgi. (2. Utg.)
Bergen: Fagbokforlaget

Khatib, Samina Khaliloddin, & Razvi, Syed Shamim. (2018). Nurses' Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra. *International Journal of Nursing Education*, 10(1), 49. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2018.00011.9>

Kremer, M-J., & Griffis, C-A. (2018). Evidence-Based Use of Nonopioid Analgesics. *AANA Journal*, 86(4), 321–327. URL:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4488938f-18c7-4ce5-ab2e-bbb73e66a722%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=131186776&db=c8h>

Kristoffersen, N. J, et al. (2017). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling: *Kunnskap og kompetanse*. I Grimsbø (Red.), Sykepleie- fag og utvikling (s. 139-189). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N., J. (2017). Sykepleierfagets teoretiske utvikling. I Grimsbø G., H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg, bind 3, s.15-80).

Molven, O. (2016). Sykepleie og jus (5. utg., p. 273). Gyldendal juridisk.

Nakstad, A., R. (2014). Pre-, per-, og postoperativ behandling. I E. Bach-Gansmo. (Red.) *Sykdom og behandling*. (1.utg, s.563-587). Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinar, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Nortvedt, P., & Nortvedt, Finn. (2018). *Smerte: fenomen og etikk*. Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I Nordeng, H. M. E. & Spigset, O. (red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utgave, s.325-335). Gyldendal Akademisk.

Slørdal, L. (2018). Misbruk av legemidler og rusmidler. I Nordeng, H. M. E. & Spigset, O. (red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utgave, s.359-368). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Vedlegg

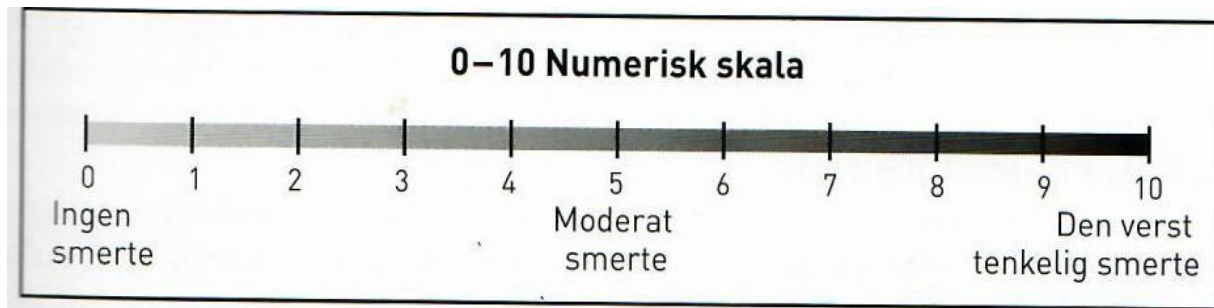
Vedlegg 1 Kartleggingsverktøy

Figur 2.6.1 Verbal skala



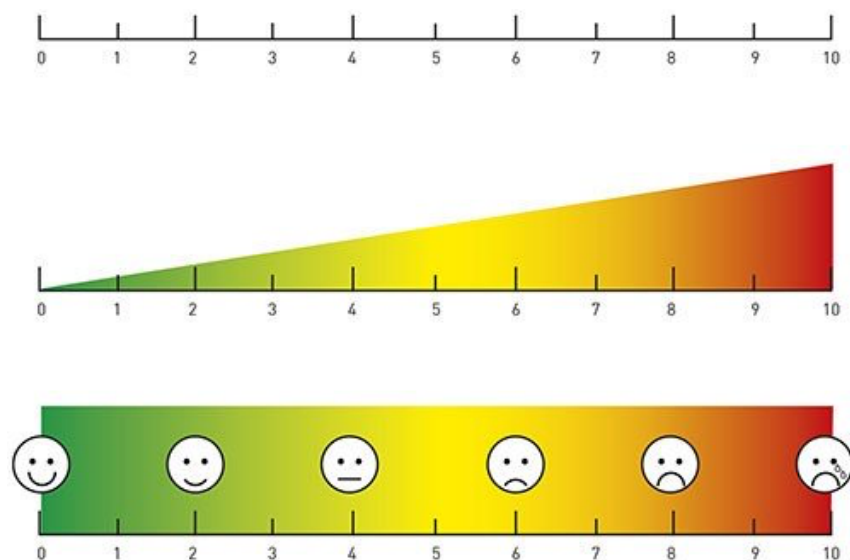
Holm at. al (2011) s.73

Figur 2.6.2 Numerisk skala



Holm at. al (2011) s.73

Figur 2.6.3 VAS



VAS – visuell analog skala (Faiz, K. W., 2014)

Vedlegg 2 Søkematrise

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensing	Antall treff etter avgrensing	Funn
14.april 2021	CINAHL	acute postoperative pain AND (nurse or nurses or nursing) AND analgesic	236	Peer reviewed Publiserings år: 2018-2021	20	<i>Nurses' Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra</i>
13.mars 2021	PubMed	Analgesia AND opioids AND "pain management" AND addiction AND Postoperative NOT "chronic pain"	40	År 2018 - 2021	27	<i>«Preventing opioid prescription after major surgery: a scoping review of opioid-free analgesia»</i>

14.april 2021	CINAHL	opioid AND (nurse or nurses or nursing) AND (post-operative or post-operative or postoperative or post-surgery) AND (addiction or substance abuse or drug abuse) AND (analgesia or pain relief or pain management)	85	Publiserings år: 2017- 2021 Peer reviewed	27	Evidence-Based Use of Nonopioid Analgesics.
13.mars 2021	Sykepleien. no	Opioid avhengighet	34	Forskning	15	<i>“Sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne»</i>
14.april 2021	CINAHL	opioid abuse AND (post-operative or post-operative or postoperative or post-surgery) AND (nurse or nurses or nursing) NOT chronic pain NOT (pain management or pain relief or pain control or pain reduction)	5	Ingen	5	<i>Patient Opioid Education: Research Shows Nurses’ Knowledge of Opioids Makes a Difference</i>

Vedlegg 3 Oversiktstabell

Tabellen er delt opp i 2 artikler og 3 artikler, men har samme oppsett.

Artikkel og forfatter	Nurses' Role in Acute Postoperative Pain Management: A Survey of 16 Tertiary Hospitals of Maharashtra (<i>Samina Khaliloddin Khatib & Syed Shamim Razvi, 2018</i>).	«Preventing opioid prescription after major surgery: a scoping review of opioid-free analgesia. (<i>Fiore, et al., 2019</i>).
Hensikt	Å se på sykepleierens rolle i smertelindring.	Å se på hvordan leger og behandlere kan unngå bruken av opioide analgetika.
Metode og datasamling	Tversnittstudie med spørreskjema.	Forskningssøkende metode. Utført systematisk oversikt over relevant forskningslitteratur.
Utvalg	Deltakende var sykepleiere med minst 6 mnd. erfaring fra post-op. sengepost, kirurger og anestesileger.	Tar for seg forskningslitteratur om postoperativ opioid-fritt analgetika gjennom åtte bibliografiske søkemotorer.
Resultat	Etter ordinasjon fra lege er det sykepleiers oppgave å sikre forsvarlig smertelindring for pasient og derfor er det behov for tilstrekkelig informering av pasient om forsvarlig bruk.	Manglende forskning på fra landene som er rammet av opioide-overbruk. Manglende forskning på opioide- forskrevet medisiner etter sykehusopphold. Alternativ smertelindring må overveies.

Artikkel og forfatter	Evidence-Based Use of Nonopioid Analgesics. (<i>Michael J. Kremer & Charles A. Griffis, 2018</i>).	Sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (<i>Granheim, et al., 2015</i>).	Patient Opioid Education: Research Shows Nurses' Knowledge of Opioids Makes a Difference (<i>Costello, et al., 2016</i>).
-----------------------	---	---	--

Hensikt	Å se på om den økte bruken av opioider har ført til et økt bevisst for bruk av ikke-opioid i smertelindring.	Beskriver sykepleiere og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne kirurgiske pasienter.	Å undersøke viktigheten av god pasientinformasjon
Metode og datasamling	Meta-analytisk metode. Innhenting av data fra ulike kunnskapskilder.	Tverrsnittstudie utført gjennom kartleggingsverktøyet NKAS-N.	Kvasi-eksperimentell pretest-posttest metode gjennom oppfølgingsspørsmål etter innleggelse.
Utvalg	Tar for seg funn fra flere forskjellige bøker og forskningsartikler.	200 sykepleiere og sykepleiestudenter. Endelig utvalg inneholdt svar fra 165 personer.	Utskrevne pasienter med opioid-resept i to grupper. Gruppe én fikk utfyllende opplæring i legemiddelbruk og den andre gruppen fikk ikke.
Resultat	Følgene av økt opioid-bruk i smertelindring har gjort helsevesen klar over konsekvens og gitt rom for nytenkning og refleksjon.	Avdekket behov for økt kunnskap rundt smertelindring og -håndtering.	De to gruppene hadde forskjellige forutsetninger for å medisiner seg selv på forsvarlig måte. Det avhenger av informasjonen de har fått om medikamentet i forkant av bruk.