



Smertelindring til pasienter avhengig av opioider

På hvilken måte kan økt kunnskap hos sykepleier gi bedre postoperativ smertelindring hos pasienter som fra tidligere er avhengig av heroin?

Kandidatnummer: 147 og 277
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8907
Dato: 14.04.2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
Tittel: «Smertelindring til pasienter avhengig av opioider»	
<p><u>Problemstilling:</u> På hvilken måte kan økt kunnskap hos sykepleier gi bedre postoperativ smertelindring hos pasienter som fra tidligere er avhengig av heroin?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I teoridelen beskriver vi pasienter som er avhengig av opioider, og Heroin. Vi presenterer kunnskap knyttet til smerter og postoperativ smertelindring. Vi benytter oss av Travelbee (1999) sin teori, Menneske-til-menneskeforhold, i tillegg til sykepleierens behandlende og lindrende funksjon. Aktuelt lovverk, og etiske overveielser blir presentert.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave, basert på forskning og relevant pensum-og faglitteratur. Databasene CINAHL og PubMed har blitt brukt for å finne relevant fagstoff. Vi har tatt i bruk Den Norske Legeforeningen (2009), Yrkesetiske Retningslinjer (2019) og Lovdata, for å hente ut litteratur fra nett, og annet relevant pensumlitteratur gjennom søketjenesten Oria, fra biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole.</p> <p><u>Diskusjon:</u> I diskusjonen drøftes viktigheten med kunnskap om pasientgruppen knyttet til smertelindring. Videre drøftes holdninger, relasjon mellom sykepleier og pasient, samarbeidet mellom sykepleier og lege, samt rammefaktorer, og hvordan de påvirker sykepleierens evne til økt kunnskap.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Forskning viser utfordringer knyttet til smertebehandling av pasienter avhengig av opioider innlagt på sykehus. Manglende kunnskap og holdninger kan spille inn på pasientens smertelindring, samt etiske vurderinger om pasienten blir trodd eller ikke. Ifølge forskning kan økt kunnskap om smertebehandling knyttet til pasienter avhengig av opioider føre til en økt forståelse for pasientens lidelser knyttet til avhengigheten, og på hvilken måte avhengighet kan utspille seg hos pasienten. Dette kan gi en bedre forståelse for pasientens behov. Samtidig peker forskning på at økt kunnskap kan bidra til å bedre holdninger blant sykepleiere.</p>	

(Totalt antall ord:269)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Oppgavens avgrensninger og kontekst	2
1.4	Oppgavens formål.....	3
2	Teoretisk grunnlag	4
2.1	Pasienten med rusmiddelavhengighet.....	4
2.2	Opioider	5
2.2.1	Heroinets helsekonsekvenser.....	6
2.3	Smerte	6
2.3.1	Smertefysiologi.....	7
2.3.2	Postoperativ smertekartlegging.....	7
2.3.3	Postoperativ smertelindring	8
2.3.4	Hyperalgesi.....	9
2.4	Oppgavens sykepleiefaglige relevans	9
2.4.1	Joyce Travelbee, menneske-til-menneske-forhold	9
2.4.2	Sykepleierens behandlende og lindrende funksjon.....	11
2.4.3	Sykepleiefaglig kunnskap.....	11
2.4.4	Holdninger.....	12
2.4.5	Etiske overveielser i møte med pasientgruppen	12
2.4.6	Lovverk.....	12
3	Metode.....	14
3.1	Anvendt metode	14
3.2	Litteratursøk og søkehistorikk	14
3.3	Etiske vurderinger	16
3.4	Kildekritikk	17
4	Resultat og funn.....	19
4.1	Hovedfunn og syntese	19
5	Diskusjon.....	23
5.1	Økt kunnskap	23
5.2	Sykepleierens holdninger	26
5.3	Relasjon mellom pasient og sykepleier.....	29
5.4	Samarbeid mellom sykepleier og lege	31
5.5	Rammefaktorer	32
6	Konklusjon.....	33
7	Referanseliste	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En regner med at det er om lag 21 millioner personer som er avhengig av opioider i verden (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). I Norge blir mange mennesker med helseskadelig bruk av narkotiske stoffer innlagt på sykehus (Skoglund & Biong, 2018), både med kroniske og akutte smerter da mange er spesielt utsatt for traumer (Den Norske Legeforening, 2009).

På norske sykehus er det fortsatt mange pasienter som opplever mye smerter i den postoperative fasen. Å etterstrebe smertefrihet hos pasienten er et grunnleggende mål etter et kirurgisk inngrep (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy, Eide, 2017).

Opioidavhengighet kan påvirke og forsterke smerteopplevelsen, dette kan skape vanskeligheter for en adekvat smertelindring (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012). Det ligger et stort ansvar i det å lindre pasientens smerter og sykepleier har en essensiell funksjon i smertebehandlingen. Ansvaret omfatter både medikamenthåndtering, observasjon og kartlegging, i tillegg til dokumentasjon. Samtidig spiller forholdet mellom pasient og sykepleier inn, og sykepleiers samarbeid med legen (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017). Troen på pasientens subjektive smerteopplevelse er en sykepleiefaglig oppgave, og fortolkes gjennom å oppfatte de nonverbale tegn og uttrykk pasienten viser (Nortvedt & Nortvedt, 2018). At halvparten av pasienter ikke får adekvat smertelindring (Danielsen et al., 2017), og at smertebehandling til opioidavhengige kan oppleves krevende (Den Norske Legeforening, 2009), er grunnen til at vi vil utforske og tilegne oss kunnskap rundt denne tematikken.

Kunnskap er en viktig faktor som kan være essensielt i arbeidet mot en adekvat smertebehandling av pasienter som lider av opioidavhengighet (Li et al., 2012), og konkret kunnskap om rusmisbrukere og deres sammensatte sykdomsbilde, er noe helseprofesjonene trenger (Klingsheim, 2009). For at sykepleier skal kunne arbeide kunnskapsbasert om smertelindring, må sykepleier blant annet ha kunnskap om hvor sammensatt smerteopplevelsen er for den enkelte, og hva som påvirker smerte (Danielsen et al., 2017). Forklaringer på smerter og smertelindring, basert på vitenskapelig forskning, kan heve sykepleier sin forståelse og respekt for pasientens subjektive opplevelse av smerte (Danielsen et al., 2017).

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av presentert tema, har vi utarbeidet følgende problemstilling;

På hvilken måte kan økt kunnskap hos sykepleier gi bedre postoperativ smertelindring hos pasienter som fra tidligere er avhengig av heroin?

1.3 Oppgavens avgrensninger og kontekst

Oppgaven avgrenses til pasienter med et ulovlig forbruk av det illegale opioidet Heroin. I teoridelen vil vi belyse pasienter med rusmiddelavhengighet sin livsstil og hva som beskriver en avhengighet, da dette er relevant å ha en grunnleggende forståelse for. Videre konkretiseres det til heroin, slik at leseren får et bilde av, og lettere kan forestille seg, kompleksiteten knyttet til pasientgruppens liv og helse. Vi vil beskrive personer som har et misbruk knyttet til heroin, og som lett kan falle under den stereotypiske kategorien «rusmisbruker». Dette for å se og diskutere de underliggende assosiasjonene sykepleier eventuelt kan ha til denne gruppen pasienter. Oppgaven ekskluderer fokus på eventuell nedtrapping, videre henvisning som eksempelvis LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) og videre plan etter utskrivelse.

Det forventes at smerter vil oppstå postoperativt (Holm & Kummeneje, 2009), derfor er sykepleiers administrering av legemidler sentralt. Vi avgrenser oppgaven vår til postoperative smerter, og pasientens behov for smertelindring uavhengig av type kirurgi og kirurgiens omfang. Samtidig avgrenser vi til medikamentelle tiltak, og velger å se vekk ifra ikke-medikamentelle tiltak, selv om de er nyttige og benyttes ofte. Eksempler er bruk av varme og kulde, akupunktur, massasje og vibrasjon (Danielsen et al., 2017). Kartleggingsverktøyene vil ikke bli utdypet.

Oppgavens kontekst er smertelindring postoperativt på sykehus. Vi avgrenser oppgaven til sykepleiers møte med pasienten på kirurgisk sengepost. Oppgaven belyser sykepleierens behandlende og lindrende funksjon med fokus på postoperativ smertelindring, da begge funksjonene er relevant i sykepleierens arbeid i å fjerne og lindre pasientens smerter, og ubehag knyttet til pasientens velvære (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017).

Et viktig etisk aspekt er hvordan man omtaler personer som har en avhengighet til illegale stoffer og rusmidler. Vi anser det som viktig for å unngå en stigmatisering av pasientgruppen. Å omtale personen som: «rusmisbruker», «rusavhengig», «opioidavhengig» eller «heroinmisbruker» peker kun på pasientens «misbruk» av opioider og avhengighet. Det skiller ikke avhengigheten fra personen, samtidig som det ikke viser andre faktorer som spiller inn i den enkeltes liv. Vi har derfor valgt å omtale pasientgruppen som: pasienter *med* rusmiddelavhengighet, pasienter avhengig *av* opioider, samt pasienter avhengig *av* heroin.

1.4 Oppgavens formål

Oppgavens formål er å belyse viktigheten av tilstrekkelig kunnskap om pasienter avhengig av opioider og hvordan en avhengighet kan påvirke smertelindringen postoperativt. Sykepleiekunnskap vil ha sentral rolle i oppgaven, og vi vil se på hvordan sykepleiefaglig kunnskap kan bli påvirket av både holdninger, rammefaktorer og rutiner på en kirurgisk sengepost.

2 Teoretisk grunnlag

2.1 Pasienten med rusmiddelavhengighet

«Rusmidler er kjemiske eller biologiske substanser som gir rus (merkbar endring i stemningsleie, virkelighetsoppfatning og atferd)» (Simonsen, 2016, s. 25).

For å diagnostisere rusproblemer i Norge, bruker helsevesenet ICD-10, som er den internasjonale sykdomsklassifikasjonen. Sykdomsklassifikasjon skiller mellom avhengighet av rusmidler og skadelig bruk av rusmidler. Bruksmønsteret ved skadelig bruk, kjennetegnes der inntaket av rusmidler gir betydelige psykologiske og/eller fysiske skader (Lossius, 2017). Avhengighet beskrives som flere spektre av fysiologiske, kognitive og atferdsmessige fenomener hvor substansbruk får en høyere prioritet. Endring i atferd hos vedkommende gjenkjennes ved at det som tidligere hadde stor verdi, nedprioriteres til fordel for rus (Lossius, 2017).

Fysisk avhengighet viser seg som ubehagelige fysiologiske reaksjoner når stoffet opphører eller reduseres (Simonsen, 2016; Håkonsen, 2018). Eksempel på fysiologiske reaksjoner er: kvalme, oppkast, skjelvinger, kramper, rennende nese og øyne (Simonsen, 2016), utviklingen av toleranse innebærer også den fysiske avhengigheten (Håkonsen, 2018). Psykisk avhengighet er en følelse av å måtte ha stoffet når effekten avtar (Simonsen, 2016). Den avhengige føler en trang til å innta rusmiddelet for å kunne fungere “normalt” (Håkonsen, 2018).

Ved et vedvarende inntak av rusmidler utvikler kroppen en toleranse. Kroppens kompensatoriske mekanisme vil alltid søke homeostase, (Jellestad, 2017), «et konstant indre miljø», (Håkonsen, 2018, s.89). Toleranse er en fysiologisk mekanisme der kroppen forsøker å gjenopprette en mest mulig normal tilstand, og toleranse blir derfor kroppens svar på den kompensatoriske mekanismen for å mest mulig holde indre likevekt (Jellestad, 2017). Ved toleranse må dosen av opioidet økes for at den ønskelige effekten skal opprettholdes (Slørdal & Spigset, 2018).

Abstinenssymptomer fremkommer når inntaket av rusmiddel opphører hos en person som har utviklet toleranse. Abstinenssymptomene gir kramper, nedstemthet og diare (Jellestad, 2017), energimangel, uro og irritabilitet (Skoglund & Biong, 2018). Disse symptomene blir sett på som mindre alvorlige. Forhøyet puls og blodtrykk, smerter, svettetokter og psykose er

alvorlige symptomer (Skoglund & Biong, 2018). Abstinenser er fysiske og psykiske påkjenninger som kan gjøre det vanskelig for pasienten å forbli i avdelingen. En viktig oppgave for sykepleier er å sørge for at pasienten ikke blir abstinent, dette for å sikre at behandlingen av den somatiske tilstanden blir godt behandlet (Skoglund & Biong, 2018).

Pasienter med rusmiddelavhengighet i form av opioider, har ca 15 ganger høyere dødelighet sammenliknet med andre i befolkningen av samme alder, noe som indikerer en stor sykkelighet. Helseskader relatert til den rusmiddelavhengige pasienten som innlegges på somatiske sykehus, er som regel akutte skader i form av ulykker og vold, overdoser, smertetilstander, hjerte- karsykdommer, lungesykdommer og blodbårne infeksjoner (Skoglund & Biong, 2018).

2.2 Opioider

«Opioider er alle substanser som binder til opioidreseptorer. Opiater er naturlig forekommende opioide substanser som har stor likhet i molekylær oppbygning med morfinmolekylet. Opiater er en betydelig mindre gruppe enn opioider. Alle opiatere er opioider, men mange opioider er ikke opiatere.» (Simonsen, 2016, s. 267)

Heroin er det opiatet som skaper mest avhengighet, samtidig som dette opiatet er det mest brukte rusmiddelet i verden. Heroin blir også omtalt som et opiat, da det består av Morfin og to acetylgrupper, som gjør at dette opiatet er kunstig fremstilt. Stoffet som dannes blir mer fettoppløselig, som gjør at det trenger lettere inn i hjernen via blod-hjerne barrieren, og deretter oppstår ruseffekten (Håkonsen, 2018).

Når opioidene binder seg til opioidreseptorene oppstår det en smertestillende effekt. Den nociceptive stimulien som er oppadgående i ryggmargen blir hemmet, samtidig som det oppstår en økt aktivitet av de hemmende smertebanene, nedadgående fra Thalamus. I tillegg vil angst og andre autonome reaksjoner som ofte er knyttet til smerte, hemmes (Slørdal, 2018).

Et vedvarende bruk av opioider vil føre til toleranse, som innebærer at målmolekylene tilpasser seg dosen av opioider, som kan resultere i at effekten blir dårligere. For å få samme ønskelige effekt, trengs en større stimulering av målmolekylet. For å oppnå en større stimulering av målmolekylet, må dosen økes for at den ønskelige effekten skal opprettholdes (Slørdal & Spigset, 2018).

2.2.1 Heroinets helsekonsekvenser

Rusen virker dempende på sentralnervesystemet, som innebærer en dempet hosterefleks som øker risikoen for lungeinflammasjon, samt at lungene arbeider langsommere. Vedvarende heroinavhengighet fører ofte til forstoppelser. Heroin demper kroppslig smerte, som gjør at andre smerter ofte blir ignorert. Ved heroininjeksjon innebærer risiko for blodforgiftning, hepatitt, HIV og andre infeksjoner, samtidig som venene skades. Vedvarende heroinbruk fører til en ubalanse i motivasjons- og stressreguleringssystemet, som kan lede til skader på hippocampus og som kan gi en opplevelse av konstant stress, som mildner ved tilførsel av opioider. Personer som er avhengig av opioider må ofte bortprioritere eksempelvis søvn og næring (Svensson & Karlsson, 2018).

2.3 Smerte

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Norsk Legemiddelhåndbok, 2016).

Smerte er alltid en subjektiv oppfattelse og opplevelse, selv om den ikke alltid er direkte koblet mot den medisinske årsaken. Det er bare personen som opplever smerte som kan beskrive og definere sin egen smerte. Viktige faktorer som spiller inn på pasientens subjektive smerteopplevelse, kan være psykososial tilstand og ulike kulturelle faktorer (Danielsen et al., 2017). Tradisjonelt er smerte blitt sett på som symptom, som det må finnes en årsak til. Smerten kan så bli fjernet ved at årsaken til smerte behandles. I senere tid har den lindrende innfallsvinkelen hatt et større aspekt, ved siden av den kurative behandlingen (McCaffery & Beebe, 1996).

Akutt smerte er smerte som har varighet på mindre enn tre måneder (Den Norske Legeforening, 2009; McCaffery & Beebe, 1996). Ved akutt smerte kan intensiteten variere, samtidig som smerten kan opptre brått eller langsomt. Akutte smerter kan man knytte til alt fra en infeksjon til for eksempel postoperativ smerte (McCaffery & Beebe, 1996).

I den kliniske praksisen kommer det frem at et av de mest utfordrende problemene ofte er knyttet til smertebehandlingen av pasienter med rusmiddelavhengighet (Ververda, Hansen &

Larsen, 2018). Den individuelle smerteresponsen i postoperativ fase har den uheldige konsekvensen at noen pasienter får for lite smertestillende. (Lunn, Dahl & Mathiesen, 2019).

2.3.1 Smertefysiologi

Mennesker har nerveceller(nevroner) i hele kroppen som kan sende impulser via aksoner til andre deler av kroppen, som for eksempel til organer. Ved en vevsskade vil dette oppfattes av nociseptorer, som sender signaler til hjernen via ryggmargens bakhorn og til Thalamus, der smerten blir behandlet og prosessert. Smertefibre som fører impulsene til hjernen fører denne informasjonen via synapser, der impulsen bli ført over fra et nevron til et annet nevron (Danielsen et al., 2017).

Sensoriske nervefibre mottar forskjellige typer sansestimuli, og sender informasjon til hjerne og ryggmarg. Eksempler kan være spesialiserte reseptorer i huden som gir informasjon om trykk, berøring, varme og kulde, samt nociseptorer lokalisert i hud, bevegelsesapparat og indre organer som gir informasjon om vevsskade (Danielsen et al.,2017; Wyller, 2014). Det fins både myeliniserte smertefibre, og ikke-myeliniserte smertefibre. Stimulering av de ikke-myeliniserte smertefibrene omfatter ofte de smertene som kommer sakte og som kroppen oppfatter som brennende og dype smerter. Stimulering av de myeliniserte smertefibrene gir en brå smerteopplevelse, samt en mer stikkende og overflatisk smerte (Danielsen et al.,2017).

2.3.2 Postoperativ Smertekartlegging

Sykepleieren står sentralt i kartleggingen av pasientens smerter for å kunne oppnå en smertelindring som er tilfredsstillende for pasienten. Sykepleier må kartlegge i samråd med pasienten hvor pasienten har smerter(lokalisasjon), hvor intense smertene er, hvor lenge smertene varer, type smerte(kvalitet) og om smertene varierer (Danielsen et al., 2017). I postoperativ smertekartlegging er det også viktig å kartlegge hva som demper smerten, og hva som forsterker smerteopplevelsen, samt hvilken virkning de smertestillende legemidlene har. Å observere og vurdere tegn på at pasienten har smerter er en viktig oppgave hos sykepleier i det postoperative forløpet (Berntzen et al., 2017).

For å oppnå en adekvat smertelindring må også en kartlegging av psykososiale faktorer, type avhengighet og hvilke rusmidler pasienten tar i bruk, inkluderes (Ververda et al., 2018). Ved hjelp av en optimal kartlegging vil det være lettere for sykepleier å planlegge, gjennomføre og

til slutt evaluere om målet for smertebehandlingen er nådd, samtidig er en optimal kartlegging viktig for å kunne sammenligne ulike regimer for smertebehandlingen (Torvik, Skauge & Rustøen, 2010).

At pasientens smerter blir kartlagt er en sentral sykepleiefaglig oppgave, og grunnleggende for en optimal smertelindring. Ulike smertekartleggingsverktøy sykepleier kan ta i bruk er Visuell analog skala (VAS), Visuell numerisk skala (NRS) og Verbal skala (VRS). VAS, NRS og VRS måler intensiteten på pasientens smerter ved hjelp av enkle skalaer. Eksempel på en mer omfattende kartlegging er McQuill Pain Questionare/smerteskjema, som måler intensiteten på smertene pasienten opplever, og hvordan pasienten blir påvirket av smerten (Danielsen et al., 2017).

2.3.3 Postoperativ smertelindring

Pasienter som har et illegalt forbruk av opioider, trenger høyere doser ved smertelindring enn personer som ikke har et illegalt forhold til opioider (Den Norske Legeforening, 2009). Pasienten skal ha medikamenter mot smerter regelmessig, og ikke ved behov (Holm & Kummeneje, 2009). Pasienten trenger å få dekket det basale behovet sitt for dose opioider, men som oftest er dette behovet ukjent. For å sikre at pasienten ikke får alvorlige abstinensreaksjoner kan metadon 30mg være tilstrekkelig, samt kan parenteralt NSAIDS ha en god effekt. Perorale medikamenter og lokalanestetika kan bli brukt i smertelindringen, i tillegg til ytterligere opioider ved akutte smerter. Peroral administrering er anbefalt (Den Norske Legeforening, 2009). Glukokortikoider kan også bli brukt i smertelindringen postoperativt, da den har en rask innsettende og lindrende effekt på akutte smerter, samtidig som den har en opioidsparende virkning (Holm & Kummeneje, 2009).

En vevsskade vil oppstå ved all kirurgi, og da er det nødvendig å kunne tilpasse smertelindringen til pasienten, samt den aktuelle kirurgien som har blitt utført. En risiko for Iskemi, blodpropp, nedsatt immunrespons, samt blodproppdannelse, kan oppstå dersom pasienten ikke er tilstrekkelig smertelindret, i tillegg til kronisk smerte (Berntzen et al., 2017).

Legemidlet kan bli administrert på ulike måter, som krever at sykepleier har kunnskap om legemidlet. Tidlig i det postoperative forløpet er intravenøs injeksjon av analgetika

foretrukket. Kontroll av pasientens respirasjon og bevissthetsnivå er nødvendig. Subkutan injeksjon av smertestillende gir en jevnere effekt ettersom det absorberes over tid. Hos pasienter som sliter med å uttrykke smerte, kan denne metoden være nyttig. Smertestillende peroralt er den foretrukne metoden for administrering, og skal brukes med en gang pasienten er våken nok til å innta væske. Administrering av analgetika rektalt kan være nyttig for pasienter plaget av kvalme. Epidural smertelindring er nyttig ved sterke smerter peroperativt og postoperativt. Ved bruk av epidural blokade minsker stressresponsen og behovet for opioider blir redusert. (Holm & Kummeneje, 2009) Sykepleier må ha kunnskap om alle administrasjonsformene, slik at smertelindringen blir mest mulig optimal.

Intramuskulære injeksjoner ved smertelindring er ikke anbefalt fordi det er smertefullt, samtidig som det oppstår fare for utvikling av hematom og nerveskade. I tillegg kan effekten variere (Holm & Kummeneje, 2009).

2.3.4 Hyperalgesi

Hyperalgesi er økt smertefølelse, ved smertefull stimuli (Vægter, Jensen, Arendt-Nielsen & Finnerup, 2019), og det omfatter «en økt følsomhet i de nociseptive fibrene i et område» (Danielsen et al., 2017, s.388). Ved hyperalgesi kan en liten berøring medføre store smerter. (Danielsen et al., 2017). Avhengighet og hyperalgesi utvikler seg raskt hos personer som tar i bruk opioider. Gjentakende bruk av opioider resulterer i en økt sensibilitet for smerter, *opioid-indusert hyperalgesi* (Laroche, Rostains, Aubrun & Perrot, 2012).

2.4 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

2.4.1 Joyce Travelbee, menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee belyser at man skal opprette et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, ved å se på pasienten som et unikt individ og ikke som sin diagnose eller sykdom. Da kan man se en mening i individets situasjon og erfaring. Travelbee (1999) presiserer at dette må ligge til grunn for å kunne utøve god kvalitet i sykepleien.

Travelbee (1999) presiserer at å bruke “pasient” og “sykepleier” skaper stereotypier, og at “pasient” burde omtales som enkeltindivider i behov av tjenester og omsorg. Likevel tar vi i bruk “pasient” og “sykepleier” i oppgaven grunnet rent praktiske formål for leseren (Travelbee 1999). Travelbee kan relateres til vår oppgave, fordi vi vil se på hvordan

sykepleier kan møte pasienten med gjensidig forståelse og kontakt på individnivå for å unngå stereotypier. Vi velger å trekke inn Travelbee (1999) på punkt 5.2 og 5.3 i diskusjonen, for å se på ulike faktorer som kan påvirke forhold mellom pasient og sykepleier.

Travelbee(1999) presenterer fire faser som er grunnleggende for at et menneske-til-menneske-forhold, samt gjensidig forståelse og kontakt, skal oppnås:

Det innledende møtet

Ved det innledende møtet, vil sykepleier møte pasienten for første gang. Dette møtet baseres på observasjoner, og sykepleier vil gjøre seg opp antakelser og meninger om vedkommende. Pasienten vil gjøre det samme som sykepleieren og de danner seg et bilde av hverandre, som defineres som førsteinntrykket. Hva man ser, oppfatter og hvilke tanker og følelser som kommer til uttrykk, gir grunnlaget for hvordan man vil reagere eller opptre mot vedkommende (Travelbee, 1999).

Framvekst av identiteter

I denne fasen av menneske-til-menneske-forholdet begynner partene å se hverandre som unike individer, og i mindre grad av kategorier. Karakteristisk ved denne fasen er evnen til å kunne se og verdsette mennesket, og derav tilknytning til det unike individet. Sykepleier begynner i denne fasen å se pasienten som individ, og fanger opp vedkommende sine følelser, tanker og opplevelse av situasjonen. Pasienten ser på sykepleier mer som et individ og ikke kategorien sykepleier (Travelbee, 1999).

Empatifasen

Denne fasen består av evnen til å se den andres psykiske tilstand i et gitt tidspunkt. Sykepleier må da klare å se forbi den ytre atferden, for å kunne fornemme den andres nøyaktige opplevelse av situasjon i øyeblikket. Empati vil da bli sett på som evnen til å sette seg inn i, forstå, og ta del i den andres psykiske tilstand. Det er i empatiprosessen at man klarere oppfatter og anerkjenner statusen til den andre som et unikt individ. Det handler om å sette seg inn i den andres sinnstilstand, uten at man føler og tenker likt. I denne situasjonen er man da to enkeltpersoner, samtidig som man har følelsen av å være sammen om noe (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse betyr at man klarer å sette seg inn i den andres interesser og følelser. Sykepleier vil gjennom sympati og medfølelse klare å forstå den enkeltes plager, samt få et ønske om å hjelpe situasjonen til det bedre. Medfølelse blir formidlet gjennom væremåte eller atferd. I denne fasen må sykepleier omgjøre medfølelse til konstruktive og intelligente oppgaver, altså sykepleiehandlinger for å kunne dekke behovet pasienten har for sykepleie (Travelbee, 1999).

2.4.2 Sykepleierens behandlende og lindrende funksjon

“Først og fremst er sykepleie pleie av den syke, det vil si praktisk omsorg for den som lever med sykdom, truende sykdom eller ettervirkning av sykdom.” (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 18).

Årsaken til at vi velger å fokusere på sykepleiers behandlende funksjon, er fordi dette kan knyttes til den sentrale oppgaven sykepleier har i å fjerne pasientens smerter, altså administrere det forordnede legemiddelet postoperativt. I tillegg til dette må en dokumentere og vurdere sykepleien som blir gitt. Sykepleierens behandlende funksjon omhandler å utføre sitt arbeid på en slik måte at pasientens problemer opphører, som for eksempel å prøve å fjerne mest mulig av pasientens smerte (Nortvedt & Grønseth, 2017).

Vi ser også på den lindrende funksjonen til sykepleier som relevant knyttet til vår problemstilling da sykepleiers lindrende funksjon omhandler å beskytte pasienten mot unødvendige faktorer som kan påvirke pasientens velvære (Nortvedt & Grønseth, 2017).

2.4.3 Sykepleiefaglig kunnskap

Kunnskap i faget sykepleie baseres på både kunnskap, etikk, erfaring og praksis.

Kunnskap gjennom teori gir et grunnlag for å forstå, reflektere og deretter utføre en handling. Det omhandler hvordan sykepleiere utøver sitt fag og hvorfor. *Etisk kunnskap* omhandler at verdigrunnlag i faget sykepleie vises gjennom sykepleiers holdninger og handling. Det innebærer at sykepleier kan reflektere over egen yrkesutøvelse, slik at sykepleier handler moralsk riktig. *Erfaringskunnskap* er sykepleiers erfaringer gjennom sin yrkespraksis, og det innebærer at sykepleier tar i bruk den teoretiske kunnskapen som er ervervet. *Praktisk*

kunnskap omhandler å håndtere metoder, teknikker og fremgangsmåter som er tilpasset hver enkelt pasientsituasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

2.4.4 Holdninger

Menneske har holdninger, de kan være vurderende eller dømmende, både i positiv og negativ retning. En holdning er å ta et standpunkt, og derav er noen vurderinger mer intense enn andre. Holdninger er noe man bærer med seg over tid, og som kanskje ikke forandres på en enkel måte, derfor klassifiseres holdninger som relativt varige. Uansett hvilke områder som holdningene baseres på, vil det gjøre at personen er predisponert. Dette vil si at man reagerer på en bestemt måte enten positivt eller negativt, mot ting, hendelser eller mennesker (Håkonsen, 2018).

2.4.5 Etiske overveielser i møte med pasientgruppen

Stigma knyttet til pasienter med rusmiddelavhengighet synes å være sterkt, spesielt ved bruken av illegale stoffer (Helsedirektoratet, 2014). Stigmatisering innebærer å oppleve negative holdninger og fordømmer fra samfunnet, noe som blir påpekt at den rusmiddelavhengige pasienten i visse tilfeller opplever. Stigmatisering kan påvirke sykepleiers vurderinger av pasientens behov for helsehjelp, i tillegg til pasientens rett til medvirkning (Helsedirektoratet, 2014).

Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer bygger på respekt for mennesket og deres rettigheter. Det baseres på sykepleiers egenvurdering i yrkesutøvelsen, sett fra et faglig og etisk perspektiv. Utøvelsen er lovregulert, slik at pasientens verdighet samt faglig forsvarlighet er ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.4.6 Lovverk

Helsepersonell og pasientens rettigheter styres av lover. Det trekkes inn lovverk som er relevant for vår oppgave.

Helsepersonelloven (1999) skal sørge for en sikkerhet i forhold til pasienter, kvalitet i tjenesten, samt styrke tilliten pasient eller bruker har til helsepersonellet. Helsepersonelloven omfatter forskjellige krav og plikter sykepleieren har i utøvelsen av sitt arbeid.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) omhandler regler om pasient og bruker sine rettigheter knyttet til loven. Lovens formål skal sørge for at alle får tjenester av god kvalitet, samt lik tilgang på disse tjenestene. Loven skal blant annet fremme tillit mellom pasient og helsepersonell, samt sørge for at respekten, integriteten og menneskeverdet til hver enkelt pasient og bruker sitt liv, blir ivaretatt.

3 Metode

3.1 Anvendt metode

Bacheloroppgaven skal utformes som en litterær oppgave, med litteratursøk som metode. En litterær oppgave betyr at oppgaven baseres på allerede eksisterende kunnskap, som fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2014).

Denne litterære oppgaven er basert på to kvantitative forskningsartikler, to kvalitative forskningsartikler, samt en systematisk oversiktsstudie. Alle forskningsartiklene er fagfellevudert. Ved å ta i bruk kvantitativ metode presenteres data som kan tallfestes og måles, og forskeren går i bredden ved å hente inn data fra mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2014). Kvalitativ metode går i dybden ved å fange opp opplevelser og meninger rundt tematikken, der forskeren har en større påvirkning og delaktighet enn ved kvantitativ metode - der forskeren forholder seg mer nøytral (Dalland, 2014).

I tillegg til å ha tatt i bruk forskningsartikler, har vi også hatt nytte av pensumlitteratur, samt egenvalgt faglitteratur slik at problemstillingen kan besvares. Hovedsakelig er den egenvalgte litteraturen funnet gjennom søketjenesten Oria, fra biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høyskole.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Vi har i denne oppgaven anvendt anerkjente databaser som vi har tilgang til via Lovisenberg diakonale høyskole. I oppgaven har vi benyttet Google Scholar, CINAHL og PubMed. Oppgaven tar i bruk fem forskningsartikler hvor to er funnet gjennom Pubmed og tre gjennom CINAHL. Google Scholar ble brukt i den innledende fasen, dette ga oss et overordnet blick for å hente inspirasjon og finne ord/uttrykk som vi kunne dra nytte av. Et slikt overordnet søk, gjorde at vi fikk et innblikk i om det var mulig å svare på spørsmålene vi hadde rundt vår problemstilling. Søkene her ga oss da muligheten til å systematisere søkene våre mer i CINAHL og PubMed.

Vi ville at temaet vårt skulle omhandle rus og stigmatisering av denne pasientgruppen på sykehus, så den første artikkelen vi søkte oss fram til var *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery:*

systematic review. Vi tok i bruk databasen Cinahl, der søkeordene var «substance use disorders» AND «stigma» AND «healthcare», som gav oss 53 treff. Vi avgrenset søket til artikler mellom 2010-2020, major heading: substance use disorders. For å avgrense søket ytterligere ville vi ha forskning fra Europa. Etter å ha lest forskningsartikkelen fokuserte den på negative holdninger, men også kunnskapen til helsepersonellet. Vi bemerket oss at kunnskap var noe vi ville fokusere videre på. Vi ønsket en mest mulig «spisset» problemstillingen, så fokuset vårt ble: smerte, rus og sykepleierens kunnskap, som via Cinahl ledet oss til *Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study*. Her brukte vi søkeordene «Opioid» AND «Competence» AND «Pain» som gav oss 76 treff. Vi avgrenset søket fra 2015-2020, samtidig som vi avgrenset det til studier i Europa. Det gav oss 10 treff.

Vi ville utforske om det kunne være norske forskningsartikler som tok for seg vårt tema. Vi ville at pasientene skulle være innlagt på sykehus så vi merket oss spesielt *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus*, som vi fant gjennom PubMed. Her brukte vi søkeordene «Smerte» AND «rus» AND «sykehus», som gav oss 4 artikler. Forskingen vi tar i bruk skal være fagfellevurdert, så vi begrenset søket, og endte opp med tre funn. Sykepleierens erfaring er også relevant for problemstillingen vår, så den artikkelen vi tok i bruk var, *Nurses' experience of patients with substance use disorders in pain: a phenomenological study*. Denne forskningsartikkelen fant vi gjennom PubMed, med søkeordene: «substance use disorders» AND «Pain» AND «Nurse». Det gav oss 161 treff. Vi begrenset søket til 2015-2020, sørget for at det var huket av på best match, og kategoriserte søkene slik at vi fikk de som omhandlet sykepleie, *nursing journals*. Dette gav oss 35 treff. Vi ville vite mer om sykepleierens oppfatninger knyttet til egne holdninger, og ulike rammefaktorer som kan spille inn på smertebehandlingen som blir gitt. Vi søkte oss fram til “Nursing attitudes towards patients with substance use disorder in pain” og kom frem til at den hadde gode momenter som vi kunne ta bruk i vår oppgave. Søkeordene vi brukte i CINAHL var: «Substance use disorder» AND «Pain» AND «Nurse attitudes». Dette gav oss 5 treff. Vi avgrenset søket til forskning i tidsperioden 2010-2020. Dette gav oss 4 treff.

Nr	Tittel	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff

1	Stigma among health professionals towards patients with substance USE disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review	19.12.2020	CINAHL	«Substance use disorders» AND «stigma» AND «healthcare»	53	Publiseringsdato: 2010-2020 Major heading: Substance use disorders Geografisk område: Europa Fagelleverdert forskning	Nr 4 av 16
2	Nurses´ competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.	09.02.2020	CINAHL	«Opioid» AND «Competence» AND «Pain»	75	Publiseringsdato: 2015 – 2020 Land: Europa Fagfelleverdert forskning	Nr 2 av 10
3	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus.	17.02.2020	PubMed	«Smerte» AND «rus» AND «Sykehus»	4	Fagfelleverdert forskning	Nr 1 av 3
4	Nurses´ experience of patients with substance USE disorders in Pain: a phenomenologic al study.	25.02.2020	PubMed	«Substance use disorders» AND «Pain» AND «Nurse»	161	Publiseringsdato: 2015 – 2020 Best match Journal categories: Nursing journals Fagfelleverdert forskning	Nr 2 av 35
5	Nursing attitudes toward patients with substance use disorder in pain	17.11.2020	CINAHL	«Substance use disorder» AND «Pain» AND «Nurse attitudes»	5	Publiseringsdato: 2010-2020 Fagfelleverdert forskning	Nr 1 av 4

3.3 Ethiske vurderinger

Oppgaven overholder Lovisenberg Diakonale Høyskoles retningslinjer for oppgaveskrivning og referansehvinsning.

3.4 Kildekritikk

Kildenes relevans, gyldighet og holdbarhet er viktige faktorer når man skal stille seg kritisk til kildene som er tatt i bruk. Dette gir oppgaven en større troverdighet og faglighet, der en god begrunnelse og beskrivelse av kilder er i fokus (Dalland, 2014). Ettersom vi har benyttet oss av forskning som er utgitt på engelsk kan det ha oppstått feiltolkning under oversettelsen, noe som kan være en svakhet. Vi har benyttet oss av *mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Travelbee (1999), samt *Smerte - lærebok for helsepersonell* (1996). Til tross for utgivelsesår, er begge referert til i nyere pensumlitteratur og vi anser at de derfor fortsatt har verdi som kilde.

Forskningen til Boekel et al., (2013) ble i hovedsak tatt i bruk under kapittel 5.2, fordi den gir en systematisk oversikt over ulike holdninger pasientgruppen kan møte på. De peker selv på at relevante studier kan ha uteblitt i forskningen, i tillegg til at det bare var motivert helsepersonell som deltok i primærstudiene, som igjen kan ha en innvirkning på resultater og kvaliteten i studien.

Forskningen til Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin studie hadde en svarprosent på 54%, noe som ikke er optimalt. Oppgaven gir viktige funn om smertehåndtering til pasienter med opioidavhengighet som vi anser som essensielt for oppgavens problemstilling. Studien er utført i Norge, og gir oss et inntrykk av hvordan norske sykepleiere håndterer smertelindring til denne pasientgruppen.

I forskningsartikkelen til Li et al., (2012), er spørreskjemaene som blir tatt i bruk ikke validert, noe de påpeker selv er en svakhet, i tillegg til at holdninger kan være vanskelig å måle. Denne forskningsartikkelen ga relevans for vår oppgave, da den tok for seg både holdninger og kunnskap, og hvordan det kan gi utslag for sykepleien som blir gitt.

Forskningsartikkelen til Morley et al., (2015) intervjuer et lite antall kvinnelige sykepleiere fra et geografisk sted i Storbritannia, noe som de påpeker selv er en svakhet da det kan påvirke funnene. Likevel viser artikkelen et sykepleieperspektiv og et innblikk i deres erfaringer og utfordringer i møte med pasientgruppen. Samtidig peker den på ikke adekvat smertelindring knyttet til pasientgruppen, noe som er relevant for vår problemstilling.

Morgan (2014) sin forskning er relevant for vår problemstilling, da den tar for seg behovet for økt kunnskap knyttet til pasienter avhengig av opioider og smertebehandling. I tillegg tar den for seg holdninger og ulike barrierer i smertebehandlingen. En svakhet er at 14 sykepleiere er med i forskningen. Likevel ser vi på det som en styrke i vår oppgave da det gir oss en dybde i sykepleierens tanker og følelser i arbeidet med denne pasientgruppen.

Ingen av artiklene handler spesifikt om postoperativ smertelindring av pasientgruppen, likevel har det overføringsverdi til vår problemstilling da både Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Li et al., (2012) foregår på kirurgisk avdeling, i tillegg til andre avdelinger. Samtidig fokuserer vi på akutte smerter, som oppstår ved kirurgi. Vi tar i betraktning at noen av forskningslitteraturen er forskning utenfor Norge, som kan være en svakhet. Samtidig ser vi flere likhetstrekk mellom de norske og utenlandske studiene, og kan derfor tro at de har overføringsverdi knyttet til denne oppgaven.

4 Resultat og funn

4.1 Hovedfunn og syntese

Hovedfunnene i forskningen som benyttes er at sykepleier selv mener de har for lite kunnskap og kompetanse hos pasienten med rusmiddelavhengighet samt smertelindring til denne pasientgruppen. Det vises til at sykepleiers holdninger har innvirkning på smertelindringen som blir gitt, og at pasientgruppen kan bli møtt med en stigmatiserende oppfatning. Det kommer også frem at sykepleiere ved flere anledninger var redd for pasienten og at de i tillegg følte seg manipulert til å gi mer smertelindring. Pasientens bruk og avhengighet samt smerter ble sjeldent kartlagt. Forskningen viser at deltakerne var klar over at de møter en pasientgruppe med stor kompleksitet, som kan gi kliniske utfordringer og at det er et behov for mer kunnskap på dette området. Det belyses et behov for mer undersøkelse på området for å finne ut om pasienter med rusmiddelavhengighet faktisk får god nok smertelindring. Det bør fokuseres mer på sykepleiers holdninger, mer utdanning og støtte til sykepleiere som møter denne pasientgruppen.

Nr	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Leonieke C. Van Boekel, Henk F.L. Garretsen, Evelin P. M Brouwers og Jaap van Weeghel.	Stigma among health professionals towards patients with substance USE disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review	Nurse education today	Hensikten med artikkelen er å observere helsepersonellens holdninger til pasienter som er avhengig av opioider, og konsekvenser av holdningene.	Systematisk oversiktsstudie, med 28 studier.	Helsepersonell har en generell dårlig holdning til pasienter som lider av opioidavhengighet. Helsepersonellet hadde manglende kunnskap knyttet til denne pasientgruppen. Negative holdninger til pasientene reduserte pasientens følelse av empowerment. Helsepersonell har en mer oppgaveorientert tilnærming i

						utøvelse av helsehjelpen, som resulterer i mindre personlig engasjement og redusert empati.
2	Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andersen	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	Nurse education today	Kartlegge sykepleiers kunnskap om smerte og smertehandling til pasienter som har et skadelig forhold til opioider.	Kvantitativ tverrsnittstudie	Sykepleiernes kompetanse innen å evaluere og behandle smerte, kan føre til at pasienter som lider av opioidavhengighet ikke får adekvat smertelindring. Sykepleiernes kompetanse innen å tilby smertelindring, kan bli basert på erfaringer heller enn basert på forskning.
3	Rita Li, Eva Undall, Randi Andersen og Dagfinn Nåden.	Smertehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus	Sykepleien Forskning	Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.	Kvantitativ forskning, beskrivende tverrsnittstudie.	Holdningene til helsepersonellet kan påvirke om de tror på pasienten eller ikke. Resultatene viser at det kreves flere undersøkelser på om opioidavhengige faktisk får adekvat smertehandling når de er innlagt på sykehus.

4	Georgina Morley, Emma Briggs og Gillian Chumbley	Nurses' experience of patients with substance use disorder in pain: A Phenomenologic study	American Society for Pain Management Nursing	Kartlegge sykepleieres erfaringer med å arbeide med pasienter avhengig av opioider knyttet til smerte.	Kvalitativ studie	Pasienter med en avhengighet til rusmidler har en risiko for en uadekvat smertelindring. Pasienter blir beskrevet som russøkende, vanskelige og ikke samarbeidsvillige. De blir stigmatisert. Likevel var deltakerne klar over hyperalgesi, toleranse og psykiske faktorer. Resultater fra forskningen viser mer kunnskap rundt klinisk øvelse, forskning, utdanning for å forstå kompleksiteten i smertebehandling en av pasientgruppen.
5	Betty D. Morgan	Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain	American Society for Pain Management Nursing	Identifisere og utforske sykepleieres holdninger til pasienter SUD innlagt på sykehus	Kvalitativ studie	Sykepleieres holdninger kan påvirke smertebehandling en som pasienter avhengig av opioider mottar, i tillegg til samarbeid med lege og rutiner på avdelingen. Når sykepleiere ikke har noen verktøy å håndtere sine egne følelser knyttet til pasientgruppen, kan det resultere i en ikke adekvat

						smertebehandling. Utdanning og støtte til sykepleiere som møter på denne pasientgruppen har ikke vært optimal.
--	--	--	--	--	--	---

5 Diskusjon

5.1 Økt kunnskap

Kunnskap er et viktig redskap i hvordan vi møter pasienten i praksis, og hvordan vi utfører våre sykepleiehandlinger (Norsk sykepleierforbund, 2008). Samtidig peker flere av forskningsartiklene på at kunnskapsmangel kan være et hinder for adekvat smertelindring til denne pasientgruppen (Li et al., 2012; Morley et al., 2015; Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Pasienter avhengig av opioider trenger høyere dose av opioider i smertebehandlingen, enn personer som ikke har utviklet en slik avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Den Norske Legeforening, 2009). Kunnskap er en viktig faktor for å kunne forstå kompleksiteten til denne pasientgruppen, og for å kunne gi optimal smertelindring. Dette kan utdypes videre gjennom forskning, som viser at sykepleiere ikke vil gi opioider i smertelindring, fordi de tror det vil forverre avhengigheten (Morgan, 2014). Derimot er det ikke bevist at opioider kan forverre en eksisterende avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Smertelindring med sterke opioider i behandling av akutt smerte postoperativt, kan være uunngåelig (Laroche et al., 2012). Ved akutte smerter skal pasienten avhengig av opioider ha sitt individuelle basale dosebehov for opioider dekket. Et annet relevant punkt er å supplere med NSAIDS, om det ikke oppstår kontraindikasjoner. Ytterligere opioider kan bli brukt i smertebehandlingen ved behov. Medikamenter peroralt, er sterkt anbefalt (Den Norske Legeforening, 2009).

For at smertene som pasientene opplever skal bli kartlagt, og at denne kartleggingen skal bli systematisk og optimal, er kartleggingsverktøy et godt hjelpemiddel (Berntzen et al., 2017). Likevel viser forskning en manglende kartlegging blant sykepleiere (Li et al., 2012), derimot er en systematisk kartlegging essensiell for at pasienten ikke skal risikere å ha ubehandlet smerte (Danielsen et al., 2017). En mulig forklaring for manglende kartlegging kan være manglende kunnskap hos sykepleier, og at pasienten ikke blir trodd (Li et al., 2012). Både kliniske vurderinger og datasamling er viktige momenter i smertekartleggingen. Fysiologiske tegn på akutt smerte er økt blodtrykk og puls, hurtigere respirasjonsfrekvens, utvidelse av pupiller og at pasienten svetter. Atferdsmessige reaksjoner kan være at pasienten snakker og fokuserer på smerten, ynker seg, gråter og skjærer grimaser (Danielsen et al., 2017). Sykepleier har et behandlende funksjonsområde, som innebærer å samle data, evaluere, planlegge og til slutt gjennomføre handlinger. Dersom sykepleier har en god kompetanse

innen kartlegging, vurdering og beslutning, kan det tyde på at sykepleier er i stand til å utøve kompetent sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2017).

Forskning utført av Krokmyrdal og Andenæs (2015), viste at 38,7% av sykepleierne var i den oppfatning av at opioidavhengighet ikke fører til økt smerte. Derimot har pasienter avhengig av opioider en høyere risiko for å oppleve sterke smerter grunnet andre lidelser. Lidelser som hyperalgesi, abstinenser eller toleranseutvikling, kan resultere i at pasientens smerter blir undervurdert eller underbehandlet (Morley et al., 2015). Dette underbygges i forskningen til Li et al., (2012) som viser at ved langvarig bruk av opioider vil endringer i sentralnervesystemet oppstå. Pasienten kan bli utsatt for økt smertefølsomhet (hyperalgesi), toleranseutvikling for opioider og abstinensreaksjoner (Li et al., 2012). Disse tre komponentene kan spille inn på smertelindringen og kompleksiteten. Optimal smertelindring til denne pasientgruppen kan derfor være utfordrende postoperativt (Holm & Kummeneje, 2009).

På den ene siden viser forskning at 83,5% av helsepersonell svarte riktig på spørsmålet om pasienter som har utviklet en avhengighet til opioider opplever en økt toleranse (Li et al., 2012). Resultatet kan vise at helsepersonellet flest har kunnskap om toleranseutvikling. På den andre siden belyser Krokmyrdal & Andenæs (2015) at mange sykepleiere kan være uvitende om det faktum at en økt toleranse og smertefølelse er konsekvenser av en avhengighet til opioider, noe som er motstridende. Toleranseutvikling vises ved at effekten til opioidet gradvis avtar, samtidig som en økning av dose trengs for å opprettholde en gitt analgetisk eller psykisk effekt (Laroche, et al., 2012). Li et al., (2012) belyser viktigheten av et godt kunnskapsnivå knyttet til toleranseutvikling. Likevel mottar ikke pasienter med rusmiddelavhengighet mer analgetika enn de pasientene uten avhengighet til opioider. En slik fremstilling kan indikere at det ikke er samsvar mellom kunnskap og den praktiske utførelsen av den (Li et al., 2012), noe som kan underbygges i Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin forskning, om at det ikke er nok kunnskap om toleranse.

Til påstanden om at pasienter avhengig av opioider er utsatt for hyperalgesi rettet til denne pasientgruppen, var halvparten uenig i påstanden (Li et al., 2012). Samtidig belyser Morley et al., (2015) kunnskap knyttet til spesifikke kliniske utfordringer vedrørende smerte hos pasienter avhengig av opioider. Kun en av deltakerne som var spesialisert innen smerte, nevnte utfordringer knyttet til hyperalgesi, til tross for at flere av deltakerne visste om

hyperalgesi. En mulig forklaring er at helsepersonell har for lite kunnskap, og trenger mer kunnskap på dette området (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). I lyset av det som kommer frem, er hyperalgesi en viktig del av pasientens smertelindring, ettersom det er økt smertefølsomhet ved stimuli (Vægter et al., 2019).

Abstinenser kan føre til ytterligere smerte for pasienten, både fysisk og psykisk (Skoglund & Biong, 2018). Det er derfor viktig med kunnskap om hvordan sykepleier kan forhindre abstinenser. Det underbygger forskningen til Li, et.al (2012), hvor det å forhindre abstinenser et sentralt fokus i smertelindringen. Kliniske tegn på abstinenser er eksempelvis økt blodtrykk og puls, uro, smerte, svettetokter og kvalme (Skoglund & Biong, 2018). Et annet relevant punkt er å få dekket pasientens basale opioiddose-behov, som er et hovedprinsipp i behandlingen av akutte smerter hos pasienter avhengig av opioider. Dosebehovet kan ofte være ukjent, derimot fremlegges en dose på 30mg metadon. En slik dose kan være tilstrekkelig for å unngå alvorlige abstinensreaksjoner (Den Norske Legeforening, 2009). Li et al., (2012) belyser viktigheten med å kartlegge pasientens behov, derimot viser forskningen at bare 38% av respondentene kartla pasientens bruk av illegale stoffer (Li et al., 2012). Dersom sykepleier kartlegger avhengighet- og brukstype for den enkelte pasient, kan dette bidra med å forebygge abstinenser. Kartlegging er essensielt, for at en adekvat smertelindring skal kunne oppnås (Den Norske Legeforening, 2009).

Mangelfull kunnskap om smertefysiologi og smertemekanismer kan innvirke på smertebehandlingen pasienten får postoperativt. Smerter oppleves individuelt, og elementer som tidligere nevnt kan ha en innvirkning på smertebehandlingen (Holm & Kummeneje, 2009). Dersom pasienten er mest mulig smertefri i postoperativ fase, er pasienten mindre utsatt for komplikasjoner og for å utvikle kronisk smerte (Berntzen et al., 2017). De ovennevnte faktorene kan tyde på hvorfor det er viktig for sykepleier å tilegne seg kunnskap om pasientgruppen. Sykepleier kan da møte pasientens behov for sykepleie, samtidig etterstrebes kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i henhold til helsepersonellovens (1999) bestemmelser i kapittel 2, §4. Slik overholdelse vil sikre kvalitet i helse og omsorgstjenesten. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer underbygger dette ettersom sykepleie skal bygge på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Slike bestemmelser er da lovfestet, etter bestemmelsene i §4, som videre påpeker at helsepersonellet, altså sykepleier, skal vite sine begrensninger.

Helsepersonellovens (1999) §4 ber sykepleier søke bistand i gitte situasjoner der kunnskapen ikke er tilstrekkelig, eller henviser pasienten videre.

Mer utdanning og forskning trengs for å forstå kompleksiteten i smertelindring av pasienter avhengig av opioider (Morley et al., 2015), da et solid kunnskapsgrunnlag er nødvendig i møte med pasientgruppen (Li et al., 2012). Forskning viser derimot at sykepleiere tar i bruk mer erfaringsbasert kunnskap, enn forskningsbasert kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap, supplert med kurs kan være et steg i riktig retning til å øke den forskningsbaserte kunnskapen til sykepleiere (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette kan utdypes videre gjennom Norsk Sykepleierforbund (2008), som belyser at kunnskapsbasert praksis utløper fra både erfaringsbasert sykepleie og forskningsbasert kunnskap. Samtidig må pasientens ønsker ivaretas, og sykepleierhandlingene være basert på etiske vurderinger (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

5.2 Sykepleierens holdninger

Holdninger er noe alle innehar og er med mennesker i den forstand at de bestemmer hvordan man reagerer i en gitt situasjon, enten positivt eller negativt (Håkonsen, 2018). Sykepleier blir påvirket av sine holdninger både følelsesmessig og handlingsmessig (Ververda et al., 2018). Pasienter avhengig av opioider kan derimot bli møtt med negative holdninger av sykepleier på sykehus, og både holdninger og kunnskap påvirker kvaliteten i smertebehandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Et annet relevant punkt er at holdninger står sentralt i sykepleiers lindrende funksjon, ettersom det omhandler å ivareta pasientens livskvalitet og å beskytte pasienten mot unødvendige faktorer som påvirker pasientens velvære (Kristoffersen et al., 2017). Det underbygges derfor at informasjon som omhandler kontroll av smerte, altså lindring, burde ha høy prioritet (McCaffery & Beebe, 1996).

Holdninger og kunnskap går ofte sammen, da de kan påvirke hverandre. Negative holdninger kan være et resultat av manglende kunnskap, samtidig som holdninger kan skape barrierer for å tilegne seg ny kunnskap (Ververda et al., 2018). Li et al., (2012) utdyper videre flere komponenter som påvirker beslutningsprosessen til helsepersonell. Holdninger, kunnskap og handlinger er faktorer som i stor grad påvirker hverandre, spesielt i en beslutningsprosess. Helsepersonellets viktigste ressurs er kunnskap, det er det som driver til handling for å ivareta og behandle pasienten (Li et al., 2012).

En mulig forklaring til sykepleieres negative holdninger kan sees gjennom Travelbee (1999) sin teori om pasientens og sykepleierens første møte. Ved første møtet beskriver Travelbee (1999) at både pasient og sykepleier danner seg et bilde av hverandre, og at en viktig faktor for videre utvikling av interaksjonsmetoder er den enkeltes antakelser av den andre. Ververda et al., (2018) poengterer at pasienter avhengig av opioider ofte blir stereotypisert. Dette kan utdypes videre gjennom forskningen til Morley et al., (2015) som beskriver negative holdninger hos sykepleiere, der stereotypiske beskrivelser av pasientgruppen kommer frem. Eksempler på beskrivelser er at pasienten er voldelig, uhygienisk, farlig, skummel og har lav motivasjon (Morley et al., 2015). En mulig forklaring er at man ofte setter hverandre i kategorier og at partene blir stereotypisert som «sykepleier» eller «en pasient» (Travelbee, 1999).

Førsteintrykket kan forandres eller modereres ettersom man lærer pasienten å kjenne, men denne oppfattelsen kan også forbli uendret om man ikke greier å se og verdsette vedkommende (Travelbee, 1999). Dette kan utdypes videre i Li et al (2012) som poengterer at en endring av holdninger kan være vanskelig, samtidig som de påvirker sykepleien som blir gitt. Dersom sykepleier har en holdning om at avhengighet til rusmidler er selvforskyldt, er det mulig at sykepleier er mindre villig til å bruke tid hos pasientgruppen (Li et al., 2012). Dersom sykepleier ikke greier å se forbi de stereotypiske holdningene, oppstår en distanse mellom sykepleier og pasient. Det gir et dem-oss-perspektiv (Ververda et al., 2018). Et relevant punkt er at sykepleier må huske at vedkommende har en klar oppgave i det innledende møtet, som er å oppfatte mennesket i “pasienten”. Dersom sykepleier greier det, kan en greie å bryte ned kategoriseringen (Travelbee, 1999).

Klarer ikke sykepleier selv å forstå at man oppfatter den syke som en stereotype “pasienten”, vil en heller ikke klare å komme videre i Menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999). Et relevant punkt er at det ofte kan være lettere å oppleve den syke som et unikt menneskelig individ, dersom en finner personen tiltrekkende. Det er sykepleiers profesjonelle aspekt å reagere på alle en skal ha omsorg for, uansett om man finner pasienten tiltrekkende eller frastøtende. Derimot kan det være pasienter som sykepleier finner lite tiltrekkende som oftest trenger anerkjennelse og bli sett på som et unikt menneske (Travelbee, 1999). Morgan (2014) belyser at hos sykepleiere som erfarer følelser knyttet til negative reaksjoner og holdninger mot denne pasientgruppen, er det essensielt at de får støtte til å håndtere disse følelsene.

Samtidig bør sykepleiere bli oppmuntret i å utforske egne holdninger, og hvordan disse påvirker smertelindringen som blir gitt til pasienter avhengig av opioider (Morgan, 2014).

Sykepleiers stereotypiske holdninger kan ha like mye innvirkning på smertelindringen som blir gitt, som mangel på kunnskap (Li et al., 2012). Samtidig legger Travelbee (1999) fram at mennesker ofte bedømmer andres atferd ut ifra sine egne holdninger. Det gjenspeiles i den kunnskap vi har, som resulterer i den dømmende eller en ikke dømmende fremtreden overfor pasienten. Sykepleier må derfor være bevisst på holdningene sine, og hvordan de utspiller seg. Når sykepleier er innforstått med holdningene sine, kan en evaluere innvirkningen dette har på pasienten (Travelbee, 1999).

I forskningen til Li et al., (2012) påpekes det at kunnskap fremstår som et viktig element i holdningers dannelse og endring. Gjennom opplæring kan holdninger påvirkes i en positiv retning (Boekel et al., 2013). Sykepleierstudenter ble testet i deres holdninger rundt personer med rusproblemer. Testen viste at undervisning og det å møte pasienten hadde positive innvirkninger på sykepleierstudentens holdning, i motsetning til studentene som ikke hadde fått undervisning og et møte med pasienten (Christiansen, 2018). Boekel et al., (2013) peker på utilstrekkelig opplæring som en bidragsyter for negative holdninger, og et behov for mer utdanning og spesifikk kompetanse i møte med pasienter avhengig av opioider. Behovet for kunnskap underbygges av Morley et al., (2015) som også nevner utdanning som en viktig faktor i veien mot å forstå kompleksiteten i smertebehandlingen hos pasienter avhengig av opioider. Samtidig vises det at de yngre sykepleierne, samt de med mer utdanning, hadde mer positive holdninger til pasientgruppen, enn de som var eldre med mindre utdanning (Morgan 2014). Det kan tyde på at mer kunnskap og oppdatert kunnskap er en pådriver for positive holdninger til pasienten med rusmiddelavhengighet.

Krokmyrdal og Andenæs (2015) belyser at positive holdninger var fremtredende hos helsepersonell som hadde erfaring med pasientgruppen fra før, og at dette helsepersonellet var ønsket hos pasientgruppen. Det kan tyde på at det er et behov for undervisning, samt mer spesifikk kunnskap og opplæring av helsepersonell for å endre sykepleiers holdning (Boekel et al, 2013).

Holdninger ser ut til å kunne endres dersom man får opplæring med pasientgruppen (Boekel et al., 2013), samtidig som erfaring kan fremtre som positivt for begge parter (Krokmyrdal &

Andenæs, 2015). Endringspotensial kan være essensielt, ettersom sykepleier har en sentral rolle i behandlingen av pasientens smerter. Negative holdninger er derfor uønsket ettersom det kan ha konsekvenser på smertebehandlingen (Boekel et al., 2013). Li, et.al (2012) belyser at helsepersonellens stereotypiske holdning hadde påvirkningskraft på deres handlingsvalg, som i flere tilfeller resulterte i manglende smertebehandling. Morley et al., (2015) underbygger dette ved at sykepleiere med et stereotypisk syn rapporterte deres egen kvalitet på omsorgen overfor den rusmiddelavhengige pasienten som lav. Samtidig rapportere forskning at sykepleiere som hadde positive holdninger til pasientgruppen hadde et større ønske om å hjelpe. Utdanningsprogram som kan inkludere case-scenarier og rollespill, kan være til nytte for situasjoner som inkluderer denne pasientgruppen (Morgan, 2014). Samtidig belyser Li et al., (2012) at ved å integrere klinisk læring på dette området kan kunnskapen forbedres.

5.3 Relasjon mellom pasient og sykepleier

Sykepleier har ansvar for at et tillitsforhold blir dannet, og det er en grunnstein i en optimal smertebehandling (Danielsen et al., 2017). Dette kan utdypes videre gjennom Travelbee (1999), som belyser at sykepleiers oppnåelse av tillit hos pasienten er nødvendig for å kunne utvikle empati. Når sykepleier har utviklet empati, kan sykepleier videre få medfølelse for pasienten, som viser seg gjennom handlinger. Mistillit kan oppstå mellom pasient og sykepleier (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). En mulig forklaring for hvorfor mistillit oppstår er at sykepleier ikke tror eller stoler på pasientens ytring om smerte (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). En annen mulig forklaring er at pasienten selv ikke stoler på at sykepleier eller lege har et ønske om å hjelpe (Danielsen et al., 2017), samtidig som pasienten forventer å bli stigmatisert (Li et al., 2012). Mulige forklaringer til at pasienter avhengig av opioider kan ha mistillit til helsehjelpen vedkommende mottar kan være tidligere erfaringer med helsevesenet der abstinensbehandling og smertelindring ikke har vært optimalt. Samtidig kan en opplevelse av omsorgssvikt gjøre det vanskelig for enkelte pasienter å ha tillit til mennesker (Li et al., 2012).

I Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin forskning oppfatter omtrent halvparten av sykepleiere pasienter avhengig av opioider som uærlige i beskrivelse av effekten av medisinen som var ordinert, parallelt med at omlag 60% av sykepleiere oppfattet at pasienter overdrev sin smerteopplevelse. Forskning viser derimot at dersom sykepleier velger å stole på pasientens

rapport på smerte, er det mindre sannsynlighet for at pasienten tar i bruk skjulte rusmidler i løpet av oppholdet på sykehuset (Li et al., 2012). Et annet relevant punkt er at dersom pasienten har en opplevelse av trygghet og tillit, og føler seg respektert, vil dette styrke effekten på den allerede eksisterende smertelindringen (Danielsen et al., 2017). En systematisk kartlegging av smertene pasienten opplever kan bidra til at sykepleier ikke føler seg lurt (Li et al., 2012).

Det oppstår vevstraume med all kirurgi, som igjen kan føre til smerte. Smertebehandling postoperativt bør være nøye planlagt og tilpasset pasienten (Berntzen et al., 2017). Sykepleier skal også ha grundig kunnskap knyttet til administrering av opioider i smertelindringen (Danielsen et al., 2017). Å forsikre pasienten om en optimal smertebehandling i tillegg til å ta stilling til pasientens abstinenser er derfor viktig i møte med pasientgruppen, og kan styrke tillitsforholdet (Li et al., 2012). Å gi beskjed til pasienten om at vedkommende skal si ifra før smertene blir for sterke er viktig å kommunisere til pasienten postoperativt (Danielsen et al., 2017). Et annet relevant punkt er pasientens rett på informasjon og medvirkning. Rett på informasjon inkluderer informasjonen om pasientens helsetilstand, risikoer, bivirkninger, og hva helsehjelpen omfatter. I tillegg til at behandlingen skal mest mulig være utarbeidet i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Optimal informasjon og medvirkning, kan fremme tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Mangelfull kartlegging av smerte kan føre til feildiagnostisering og underbehandling (Li et al., 2012). På den ene siden belyser Morley et al., (2015) i sin forskning at uoppdaget smerte er vanlig for pasienter avhengig av opioider. Smarter som ikke er kartlagt kan ofte oppfattes og karakteriseres hos pasienten som en russøkende atferd. Den russøkende atferden kan være at pasienten spør om medikamenter mot smerte, eller at pasienten har et spesifikt ønske for smerteregime. På den andre siden er det flere pasienter avhengig av opioider som ikke formidler deres misbruk fordi de ikke vil oppfattes som russøkende i sin atferd (Li et al., 2012). Dette kan utdypes videre gjennom at pasienter ikke føler smertene deres blir akseptert av sykepleier (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Derimot belyser Li et al., (2012) at om helsepersonell viser tillit og respekterer pasienten, vil pasienten snakke sant om sitt forbruk og samarbeide. Et annet relevant punkt er at smerte er en personlig opplevelse (Danielsen et al., 2017), derfor kan det være viktig å ta i bruk smertekartleggingsverktøy, som igjen er med på å

sikre en plan som er individuell. En individuell plan kan føre til at smertelindringen blir optimal (Li et al., (2012).

5.4 Samarbeid mellom sykepleier og lege

Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier er en faktor som effektiviserer smertelindringen hos en pasient som er avhengig av opioider. Legen har kunnskap til å legge til rette for behandling, samt et medisinsk ansvar. Sykepleieren skal følge opp forordningen fra legen (Li et al., 2012). For at sykepleier skal kunne arbeide faglig forsvarlig ved administrering av opioider, skal sykepleier ha nøyaktig og god kunnskap om virkning og bivirkning, dose, virketid og absorpsjon (Danielsen et al.,2017,). Dette er en viktig behandlende funksjon (Danielsen et al., 2017). Sykepleier skal rapportere til legen om effekten av legemidlene som er administrert, og om smertebehandlingen er for dårlig (Danielsen et al., 2017).

Morley et al., (2015) forteller at sykepleiere hadde en følelse av maktlesløshet, da de følte at forordningen de hadde ikke var tilstrekkelige. Det underbygges i Li et al., (2012), som beskriver sykepleiers følelse av å stå alene med pasienten, samt manglende støtte fra legene. En mulig forklaring på dette kan være at leger kan føle seg lurte og manipulerte av pasienten når pasienten ønsker mer smertestillende (Li et al., 2012). Når en behandler en pasient avhengig av opioider for smerter, kan både sykepleier og leger kjenne på vanskeligheten mellom det at pasienten har en rustring, eller at pasienten har faktiske smerter. Avvik mellom sykepleier og leger ble poengtert som en barriere i smertebehandlingen, grunnet dårlig kommunikasjon (Morley et al., 2015). Dette underbygges i Danielsen et al., (2017), som beskriver misforståelse mellom lege og sykepleier som kan oppstå. Det kan da føre til at pasienten ikke får optimal legemiddelbehandling (Danielsen et al., 2017).

En bedre kommunikasjon mellom leger og sykepleier kan bidra til å løse slike problemer. Dersom sykepleier og leger har øvelser og opplæring sammen, med vekt på kommunikasjon og flerfaglig samarbeid, kan kommunikasjon bli bedre (Morley et al., 2015). Kompetanse i kommunikasjon kan påvirke effektivisering av en adekvat smertebehandling (Morley et al., 2015).

5.5 Rammefaktorer

Mangelen på tid i møte med denne pasientgruppen kan være krevende for sykepleier (Morley et al., 2015). Dette kan utdypes videre gjennom at sykepleiere føler en økt belastning knyttet til denne pasientgruppen, da de krever ekstra tid og oppmerksomhet, samtidig som sykepleier skal kombinere denne pasientgruppen med en lav bemanning. Dette kan være vanskelig, da andre pasienter også krever deres hjelp. Morley et al., (2015). Derimot skal sykepleier sørge for prioriteringer, slik at pasienter med størst behov for sykepleie fremmes (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Tid og kunnskap, og mangelen på dem, kan ha konsekvenser som utilstrekkelig smertekartlegging, som igjen kan føre til en underbehandling (Li et al., 2012). Danielsen et al., (2017), peker på et annet relevant punkt der motvilje til å ta i bruk kartleggings skjemaer samt en utilstrekkelig dokumentasjon av pasientens smerter var barrierer for en god smertelindring i postoperativ fase. Sykepleiere er pliktige til å dokumentere nødvendige og relevante opplysninger i pasientens journal, men ikke om sykepleier hjelper etter rettleiding fra andre (Helsepersonelloven, 1999). En nøye dokumentasjon skal inkludere pasientens behandling, effekt av behandling, samt pasientens opplevelse av smerter (Danielsen et al., 2017), som inngår i sykepleierens behandlende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2017). Smertekartleggingsverktøy kan bidra til en optimal journalføring, samtidig som det kan føre til at det blir lagt mindre vekt på sykepleiers personlige holdninger. Dette kan gi en mer effektiv vurdering av smertebehandlingen (Danielsen et al., 2017). Parallelt med en optimal dokumentasjon, er kunnskap om pasientens smerter og legemidler nødvendig for å kunne gi en personsentrert vurdering om hva som er optimal behandling for pasienten (Danielsen et al., 2017). Viktigheten av kunnskap er beskrevet i 5.1.

6 Konklusjon

Forskning viser utfordringer knyttet til smertebehandling av pasienter avhengig av opioider innlagt på sykehus. Både med tanke på at pasienten har helseproblemer knyttet til sin avhengighet, samtidig som kunnskap om pasientgruppen er begrenset blant helsepersonell. Manglende kunnskap og holdninger kan spille inn på pasientens smertelindring, samt etiske vurderinger om pasienten blir trodd eller ikke. Holdninger spiller en viktig rolle i hvordan kunnskap tilegnes, og holdninger påvirkes av både stigmatisering og stereotypiske karakteristika knyttet til pasienter avhengig av opioider.

Ifølge forskning kan økt kunnskap om smertebehandling knyttet til pasienter avhengig av opioider føre til en økt forståelse for pasientens lidelser knyttet til avhengigheten, og på hvilken måte avhengighet kan utspille seg hos pasienten. Dette kan gi en bedre forståelse for pasientens behov. Samtidig peker forskning på at økt kunnskap kan bidra til bedre holdninger blant sykepleiere, noe som styrker tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient er viktig for at pasienten ikke skal oppfattes manipulerende og uærlig om sine smerter.

7 Referanseliste

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2017). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309- 380). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s. 159-175). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-429). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 19. mars 2020 fra:
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 12. januar 2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-199-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jellestad, F. K. (2017). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.utg., s. 75 - 87). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag
- Klingsheim, R. (2009). Narkomanes dårlige helse - en sykeleiefaglig utfordring. *Sykepleien forskning*. 91(2), 33-37. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0003>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H., (2017) Hva er sykepleie? Sykepleie -fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (3. utg., s. 16-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Laroche, F., Rostaing, S., Aubrun, F. & Perrot, S. (2012). Pain Management in heroin and cocaine users. *Join Bone Spine*, 79(5), s. 446-450. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2012.01.007>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*. 7(3), 252-260. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0131>
- Lossius, K. (2017). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg., s. 23 - 38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunn, T. H., Dahl, J. B. & Mathiesen, O. (2019). Postoperative smerter. I M. U. Werner, N. B. Finnerup. & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, evidens og behandling* (4. utg., s. 184-209). Danmark: FADL's Forlag
- McCaffery, M & Beebe, A. (1996). *Smerter: lærebok for helsepersonell* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Morgan, B.D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>

- Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2014). Nurses' experience of patients with substance use disorder in pain: A Phenomenological study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2016) Smerter. I T. Rosness (red.), *Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra: <https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Norsk sykepleierforbund (2008). *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s.14-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte : Fenomen og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlag.
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s. 178-192.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3.utg., s. 325-336). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Slørdal, L. & Spigset, O. (2018). Farmakodynamikk. Hva gjør legemidlet med kroppen? I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3.utg., s. 41-51). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Svensson, B., & Karlsson, P. (2018). *Missbruk av heroin och andra opioider* (2. opplag. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2010) Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. W. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte* (1. utg., s. 51-75). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier, *Drug and Alcohol Dependence* 131 (1-2), 23-35.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleiers holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*, 106(70402.), 1-16.
<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>
- Vægter, C. B., Jensen, T. S., Arendt-Nielsen, L. & Finnerup, N. B. (2019) Smertefysiologi 1: smerteanatomi og smertemekanismer. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes: Baggrund, evidens og behandling* (4. utg., s. 36-51). Danmark: FADL's Forlag.
- Wyller, V. B. (2014) *Frisk: cellebiologi, anatomi og fysiologi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.