



# Kunnskap om smertelindring av pasienter med opioidavhengighet

*Hvilke kunnskaper bør sykepleier ha for å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter med akutte smerter på sykehus?*

Kandidatnummer: 355 & 368  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8912  
Dato: 05. mai 20



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 05.05.20
<p>Tittel Kunnskap om smertelindring av pasienter med opioidavhengighet</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvilke kunnskaper bør sykepleier ha for å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter med akutte smerter på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I oppgavebesvarelsen er Kari Martinsens omsorgsteori benyttet, hvor fokuset har vært på de tre aspektene omsorgsteorien inneholder. Den teoretiske kunnskapen vi har benyttet oss av i oppgavebesvarelsen er smertefysiologi, akutte smerter, smertelindring, rusmiddelavhengighet og kunnskapsbasert praksis. Ethiske rammeverk og aktuelt lovverk er også presentert i oppgaven.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskning og faglitteratur. Forskningsartikler, som kan være med på å besvare problemstillingen, er funnet gjennom databasene SweMed+ og CINAHL, og søkemotoren til Sykepleien.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Diskusjonskapittelet er delt inn i kapitlene kunnskapsbasert praksis, smertelindring til pasienter med opioidavhengighet, holdninger og kommunikasjon og tillit. For å besvare problemstillingen er funn fra forskningslitteratur satt opp mot hverandre og faglitteratur, hovedsakelig hentet fra pensumlitteratur. Kari Martinsens omsorgsteori, lovverk, retningslinjer og etikk og yrkesetikk står sentralt i diskusjonen.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Det er nødvendig med en holdningsendring, da opioidavhengige møtes med stigma i helsevesenet. Sykepleier bør være klar over at egne holdninger kan påvirke kvaliteten på smertelindringen som gis. For å bidra til adekvat smertelindring av pasienter med opioidavhengighet, bør sykepleier ha kunnskaper om smerte, smertelindring, smertebehandling, opioidavhengighet, pasientgruppens økte dosebehov, og toleranse. Kunnskaper om kommunikasjonsferdigheter, tillitsskaping og brukermedvirkning står også sentralt i smertelindring av pasienter med opioidavhengighet.</p>	

(Totalt antall ord: 215)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Presentasjon av problemstilling.....</b>	<b>1</b>
1.1.1	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	2
<b>1.2</b>	<b>Begrepsavklaring .....</b>	<b>2</b>
1.2.1	Adekvat smertelindring .....	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Omsorgsteori .....</b>	<b>3</b>
2.1.1	Det relasjonelle aspektet.....	3
2.1.2	Det praktiske aspektet.....	3
2.1.3	Det moralske aspektet.....	3
<b>2.2</b>	<b>Kunnskap og kompetanse .....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Kunnskapsbasert praksis.....	4
<b>2.3</b>	<b>Smerte .....</b>	<b>4</b>
2.3.1	Akutte smerter .....	5
2.3.2	Hyperalgesi.....	5
2.3.3	Nociseptive smerter .....	5
<b>2.4</b>	<b>Opioider .....</b>	<b>5</b>
<b>2.5</b>	<b>Etikk, juss og veiledere .....</b>	<b>6</b>
2.5.1	De fire etisk medisinske prinsipp: .....	6
2.5.2	Yrkesetiske retningslinjer .....	6
2.5.3	Juss .....	6
2.5.4	Veiledere og retningslinjer .....	7
<b>2.6</b>	<b>Rusmiddelmissbruk.....</b>	<b>7</b>
2.6.1	Avhengighet.....	7
2.6.2	Opioidavhengighet.....	8
2.6.3	Personer med opioidavhengighet.....	8
<b>2.7</b>	<b>Sykepleiers ansvar og funksjon .....</b>	<b>8</b>
2.7.1	Holdninger.....	8
<b>2.8</b>	<b>Smertelindring.....</b>	<b>9</b>
2.8.1	Smertelindring ved akutte smerter.....	9
2.8.2	Smertelindring av personer med opioidavhengighet .....	10
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Metodevalg.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Litteratursøk og søkehistorikk .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Kildekritikk .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Funn og presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1</b>	<b>Kunnskapsbasert praksis .....</b>	<b>16</b>
5.1.1	Forskningsbasert kunnskap.....	16
5.1.2	Erfaringsbasert kunnskap.....	18
5.1.3	Bruerkunnskap.....	19
<b>5.2</b>	<b>Smertelindring til pasienter med opioidavhengighet.....</b>	<b>20</b>
5.2.1	Behov for kompetanseøkning.....	20
5.2.2	Teori versus praksis .....	21
5.2.3	Feilslått overforsiktighet.....	21
5.2.4	Smertekartlegging.....	22
5.2.5	Utfordringer og konsekvenser av inadekvat smertelindring.....	23
<b>5.3</b>	<b>Holdninger .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4</b>	<b>Kommunikasjon og tillit.....</b>	<b>26</b>

<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>

# 1 Innledning og bakgrunn

Det er uvisst hvor mange som misbruker opioider i Norge i dag, men antallet anslås til rundt 5000-10000 personer (Slørdal, 2018b). Når disse menneskene er innlagt på sykehus, møtes de av helsepersonell som skal gi dem lik tilgang på tjenester som alle andre (Pasient- og brukerrettighetsloven, §1-1).

Pasientgruppen er traumeutsatt, som kan føre til akutte smerter (Den norske legeforening, 2009; Slørdal, 2018). Kunnskap om smertelindring for personer med opioidavhengighet er lite dokumentert og forsket på (Helsedirektoratet, 2010; Li et al., 2012). Ifølge Den norske legeforening, blir rusmiddelavhengige ofte underbehandlet for denne akutte smerten (Den norske legeforening, 2009).

Rusmiddelbrukere opplever “å bli stigmatisert, neglisjert og tilsidesatt i det offentlige helsevesen” (Tørnby & Thingnes, 2020). At personer som bruker narkotika føler seg stigmatisert, kommer også fram i den nye Rusreformen (NOU 2019: 26, 2019).

Stigmatiseringen av denne pasientgruppen kan påvirke sykepleierens “vurderinger av behandling og tjenestebehov”, og “kan bidra til at pasienter og brukere ikke mottar tjenester på lik linje med andre pasient- og brukergrupper (Helsedirektoratet, 2014, s. 31).

I denne oppgaven ønsker vi å se på hva sykepleiere kan gjøre for å forsikre at tilstrekkelig smertelindring gis til opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Vi skal se på hvilke kunnskaper og holdninger sykepleiere besitter, og hvilke lover og retningslinjer som er relevante. Vi skal også belyse problemområder innenfor behandlingen av denne pasientgruppen, i håp om forbedring av disse, for å oppnå smertelindring slik pasientgruppen har krav på.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Ut ifra det ovennevnte tema ønsker vi i denne oppgaven å besvare problemstillingen;

**Hvilke kunnskaper bør sykepleier ha for å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter med akutte smerter på sykehus?**

### **1.1.1 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Oppgaven begrenses til pasienter med opioidavhengighet, innlagt på sykehus med akutte smerter og medikamentell behandling. Det skilles ikke mellom type opioider pasientene er avhengige av, eller hvordan avhengigheten tar form. LAR og rehabilitering er ekskludert i denne oppgaven. Vi diskuterer heller ikke hvilke doser, styrker eller mengder av spesifikke legemidler som benyttes i smertelindring.

I litteraturen vi har benyttet, bruker forfatterne ulike begreper for å beskrive personer med en avhengighet, deriblant rusmiddelavhengige, rusmisbrukere, rusavhengige og opioidavhengige. Vi bruker disse begrepene om hverandre i oppgaven som synonymer for pasienter med opioidavhengighet.

## **1.2 Begrepsavklaring**

### **1.2.1 Adekvat smertelindring**

Adekvat tilsier at noe er godt nok eller tilstrekkelig (Kjøll & Nordbø, 2018). Med begrepet smertelindring menes en lindring av smerte, som kan defineres som “en ubehagelig opplevelse som forbindes med skade, eller noe som oppfattes som skade, i en del av kroppen” (Norsk Helseinformatikk, 2018). Begrepene sammen er en tilstrekkelig lindring av smerte.

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Omsorgsteori**

Martinsens omsorgsteori er bygget på flere publiserte og upubliserte artikler, satt sammen til en artikkelsamling. En av de tematiske hoveddelene i artikkelsamlingen er omsorgsfilosofi og sykepleieomsorg (2003). Martinsen beskriver omsorg som begrep som å gjøre mot andre, slik en vil at andre skal gjøre mot oss. Videre deler Martinsen omsorg inn i tre aspekter, det relasjonelle aspektet, det praktiske aspektet og det moralske aspektet (2003). Disse aspektene presenteres i egne punkter under.

#### **2.1.1 Det relasjonelle aspektet**

Martinsen beskriver omsorg som et relasjonelt begrep. Det baserer seg på et kollektivistisk menneskesyn som går ut på at mennesker er bundet til hverandre (2003). Tanken om at mennesker er bundet til hverandre, vil også omhandle prinsippet om ansvaret for svake. Dette begrunnes ved at alle kan være i en situasjon hvor en vil være avhengig av hjelp (Martinsen, 2003).

#### **2.1.2 Det praktiske aspektet**

Det praktiske aspektet ved omsorgen omhandler et ansvar ovenfor den svake, med begrunnelse i at mennesker er avhengige av hverandre (Martinsen, 2003). Martinsen beskriver dette aspektet som todelt. Den første delen fokuserer på at en engasjerer seg praktisk i andres lidelse, ved å utføre en situasjonsbetinget og konkret handling. Den andre delen har fokus på at en gir betingelsesløs hjelp. Hjelpen baseres ut ifra perspektivet om at en ikke ser på resultatet av hjelpen, men tilstanden til den pleietrengende. Ens handlinger gjøres i den forstand at en ikke forventer noe tilbake når handlingen utføres (2003).

#### **2.1.3 Det moralske aspektet**

Å handle ut ifra prinsippet om ansvaret for svake, er sentralt i omsorgsmoral og Martinsen omtaler omsorgsmoral som noe en må lære (2003). En lærer om ansvaret for den svake og hvordan en er i relasjoner gjennom praktisk arbeid. Omsorgsmoral er også læren om hvordan en bruker makt. Ved å ha samfølelse med den svake, kan en bruke makt på en moralsk ansvarlig måte. Samfølelse forklares som et begrep hvor en baserer seg på handlinger med engasjement, sentimental omsorg og sympati (Martinsen, 2003).

## **2.2 Kunnskap og kompetanse**

Kunnskap som begrep kan forklares med ordene viten, lærdom, innsikt og kjennskap.

Synonymer slik som ferdighet, kyndighet og erkjennelse, vil være en fremtredende side ved utviklingen av kunnskap. På denne måten vil kunnskap som begrep være nær begrepet kompetanse, siden kompetanse kan defineres med synonymene dyktighet og skikkethet.

Kompetanse er videre tilknyttet kvalifikasjoner hos enkeltpersoner (Kristoffersen, 2011b).

### **2.2.1 Kunnskapsbasert praksis**

I sykepleien som fagprofesjon bør utøvelsen av sykepleie basere seg på flere

kunnskapsformer, deriblant kunnskapsbasert praksis. Dette defineres som en fagutøvelse basert på forskningsbasert kunnskap, kombinert med erfaringsbasert kunnskap og

brukerkunnskap (Kristoffersen, 2011b). Innen forskningsbasert kunnskap vil sykepleieres handlinger være tilknyttet anerkjent fagkunnskap og verdigrunnlaget i faget (Kristoffersen,

Nortvedt & Skaug, 2011). I erfaringsbasert kunnskap så erverver sykepleier seg kunnskaper gjennom konkrete handlinger og refleksjon. Mens i brukerkunnskap så vektlegges

brukermedvirkningen til pasienter. Sykepleie som fagprofesjon inneholder flere andre former for kunnskap, slik som ferdigheter, teoretisk kunnskap og holdninger (Kristoffersen, 2011b).

## **2.3 Smerte**

Smerte er en lidelsesfull emosjonell og sensorisk opplevelse, og er den vanligste årsaken til at mennesker kontakter helsevesenet. Smerte er subjektiv og hver enkelt person har sin

opplevelse av egen smerte (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Opplevelsen av smerter

kommer fra smertevoldende stimuli som er nær ved å, eller faktisk ødelegge kroppsvev. Det er smertereseptorer på stort sett hele kroppen og de reagerer på flere ulike typer stimuli. Slik

sett er smertesansen helt spesiell. Dette sees ved at det autonome nervesystemet påvirkes av smertesansen, noe som fører til at hjerterefrekvens og blodtrykk øker, en redusering av

blodsirkulasjon i huden og at smerter oppleves som skremmende og ubehagelig (Sand,

Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Det finnes flere forskjellige typer smerte. En skiller mellom

to typer smerter, akutte og kroniske. Akutte er kortvarige og sees ved plutselig vevsskade,

mens kroniske er langvarige og oppstår daglig. Videre så deles smerte inn i typene nociseptiv smerte og nevropatisk smerte (Danielsen et al., 2016; Sand et al., 2006).



### **2.3.1 Akutte smerter**

Akutt smerte har som funksjon å beskytte mennesker. Ved å sende oss signaler kan en unngå skade, stoppe en handling og signalisere sykdom eller skade (Danielsen et al., 2016). Et skadet vev registreres i nervefibre kalt nocireseptorer. De sender signaler via ryggmargens bakhorn, hvor de danner synapser med øvrige sensoriske nervefibre og leder impulser til thalamus. Når signalene når hjernen blir de tolket som smerte. Her blir signalene sendt til hjernebarken som analyserer og lokaliserer smerten (Danielsen et al., 2016; Sand et al., 2006). Akutt smerte kan ha forskjellig grad av intensitet og kan vise seg langsomt eller plutselig. Negative fysiologiske reaksjoner, en forlengelse og komplikasjon av sykdomsforløp, samt fare for varige mén, er mulige konsekvenser som følge av akutte smerter. Videre kan psykiatriske lidelser fremkalle akutte smerter (Danielsen et al., 2016).

### **2.3.2 Hyperalgesi**

Ved hyperalgesi er det økt følsomhet i områder med nociseptive fibre (Danielsen et al., 2016). Smertefibre adapterer ikke smerte og langvarige stimuli av smerter gjør at nerveimpulsene utløses enklere. Dette gjør at smerte føles mer intens jo lengre den varer. I skadet vev og i betennelsesreaksjoner dannes det substanser som påvirkes av smertefibrene. Vevet blir overømfintlig og svake stimuli kan gi smerte (Sand et al., 2006).

### **2.3.3 Nociseptive smerter**

Ved vevsskade eller stimuli fra en prosess som kan medføre vevsskade, så utløses nociseptiv smerte ved at smertereseptorer aktiveres. Den nociseptive smerten kan utløses enten ved en direkte og kraftig mekanisk påvirkning, eller som en kjemisk påvirkning via substanser som produseres i vevet, som følge av vevsskade eller potensiell vevsødeleggelse (Danielsen et al., 2016; Sand et al., 2006).

## **2.4 Opioider**

Alle smertestillende midler med virkningsmekanisme lik morfin, kalles opioider. Kodein og morfin er de vanligste virkestoffene innen opioider. Viktige indikasjoner for bruk av opioider er blant annet sterke smerter som følge av akutt sykdom. Opioider er de mest effektive stoffene i behandlingen av nociseptive smerter. Virkningen sees ved at de binder seg og stimulerer opioidreseptorer. Effekten av opioider er en kombinasjon av nedadgående hemmende smertelindring i thalamus og direkte hemming av oppadstigende nociseptive

stimuli i ryggmargen. Resultatet av dette blir at smerten reduseres og smerteterskelen økes (Slørdal, 2018a). Det er flere bivirkninger tilknyttet bruk av opioider, blant annet respirasjonshemming. Et stort problem knyttet til bruken av opioider er avhengighet (Slørdal, 2018a). Ved kontinuerlig bruk av opioider i 1-2 uker, så oppstår det toleranse- og abstinensfenomener. Langtidsbrukere av opioider opplever ubehagelige abstinensreaksjoner som innebærer uro og angst (Slørdal, 2018b).

## **2.5 Etikk, juss og veiledere**

### **2.5.1 De fire etisk medisinske prinsipp:**

De fire etisk medisinske prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet.

Disse er de viktigste prinsippene i sykepleien og har fått stor betydning for etikk i

helsevesenet. Velgjørenhetsprinsippet er tanken om å ønske og ville gjøre det beste for pasienten. Ikkeskadeprinsippet går ut på at hva en ikke skal utsette pasienter for.

Autonomiprinsippet sier noe om at pasienten selv skal kunne velge og bestemme over sin pleie og behandling. Mens rettferdighetsprinsippet omhandler at pasienter har lik rett til pleie og omsorg, uavhengig av deres pleiebehov og sosiale status (Nortvedt, 2012).

### **2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer**

Yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleieres profesjonsetikk og forpliktelser for god sykepleiepraksis. De er det grunnleggende verktøyet i dilemmaer og etiske spørsmål.

Formuleringene som er utarbeidet i de yrkesetiske retningslinjene er gode verktøy for å igangsette en verdibevisst hverdagskultur og de bør brukes aktivt. Menneskers avmakt, fortrolighet og intimitet er noen av de sårbare arenaene sykepleie utøves på, slik sett er retningslinjene sykepleiers etikk i praksis (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

### **2.5.3 Juss**

Vi vil bruke pasient- og brukerrettighetsloven i oppgavebesvarelsen, siden den er sentral for hvilke rettigheter pasienter har i helse- og omsorgstjenesten. Blant annet i forbindelse med behandling av smerte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Vi vil også bruke helsepersonelloven i oppgavebesvarelsen. Loven sier noe om at helsepersonells arbeid skal utføres etter faglige kvalifikasjoner, at hjelpen sykepleier gir skal være faglig forsvarlig, og har som formål å legge til rette for tillit og sikkerhet for pasienter (Helsepersonelloven, 1999, §1, §4).

#### **2.5.4 Veiledere og retningslinjer**

Vi har sett på flere forskjellige veiledere og retningslinjer. Her presenterer vi kort deres formål eller hensikt. *Rusreform - fra straff til hjelp* står for en endring i tankemåten og holdningene til hva rusproblematikk er. En av de uttalte målene til rusreformen er å redusere stigma hos personer med rusproblematikk (NOU 2019: 26, 2019). *Retningslinjer for smertelindring* beskriver tilbudet smertepasienter bør ha, for å få adekvat behandling. Forhold som er viktige å kjenne til for helsepersonell påpekes (Den norske legeforening, 2009). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet* er Helsedirektoratets retningslinjer for tjenesteutøvere som arbeider med opioidavhengige pasienter. Sammen med LAR-forskriften legges grunnlaget for at tjenester opioidavhengige mottar er trygge, virkningsfulle og likeverdige (Helsedirektoratet, 2010).

### **2.6 Rusmiddelmissbruk**

Rusmiddelmissbruk definerer alt inntak av illegale rusmidler (Biong & Ytrehus, 2018). Rusmiddelproblemer kan føre med seg negative forhold slik som lavere livskvalitet, somatiske lidelser og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2014). For rusmiddelavhengige er det vanskelig å ivareta egen helse, slik at rusmiddelmissbruk kan bringe med seg betydelige utfordringer for samfunnet og helsetjenesten (Biong & Ytrehus, 2018; Skoglund & Biong, 2018). I tillegg er rusmiddelavhengige gjerne traumeutsatt, som kan føre til innleggelse på sykehus på grunn av akutte skader med påfølgende akutte smerter (Biong & Ytrehus, 2018; Den norske legeforening, 2009).

#### **2.6.1 Avhengighet**

Avhengighet defineres som et syndrom av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske fenomener, hvor bruken av en substans eller en klasse substanser, får en forhøyet prioritet i livet til en person, enn hva annen atferd tidligere har hatt av stor verdi (Verdens helseorganisasjon, referert i Danielsen et al., 2016, s. 404). Avhengighet sees som atypisk bruk av legemidler eller rusmidler over en periode på ett år, som bidrar til ubehag eller svekkelse og som senere kjennetegnes ved minst tre av følgende kriterier. Abstinens, som er sykdomstegn ved seponering. Toleranse, som sees ved økt dosebehov for å oppnå rus. En følelse av tvang eller lyst til å konsumere midlet. En ukontrollert bruk av midlet. En ignorering av konsekvenser ved bruk av midlet. En neglisjering av interesser og økt tidsbruk for å skaffe midlet (Slørdal, 2018b).

### **2.6.2 Opioidavhengighet**

Rusmiddelavhengighet defineres ved tilstander der visse diagnostiske kriterier knyttet opp mot avhengighet er oppfylt (Biong & Ytrehus, 2018). Avhengighetssyndromet kan beskrives som vanedannelse og psykisk avhengighet, og definisjonen av vanedannelse er narkotiske stoffer som inntas uten medisinsk grunnlag (McCaffery & Beebe, referert i Danielsen et al., 2016, s. 405). I nåtiden er det en tilnærming på avhengighet som tar utgangspunkt i biologiske og medisinske perspektiver (Nesvåg, 2018). Narkotiske opioider fungerer som agonister for hjernens naturlige opioider og de utløser en følelse av velvære samtidig som de lindrer smerte. Ved gjentatte doser av narkotiske opioider så setter hjernen ned sin egen produksjon av opioidreseptorer og opioider. Personen føler ubehag og smerte når virkningen av stoffet opphører og således starter en avhengighet av narkotiske opioider (Sand et al., 2006). Denne avhengigheten binder så personer i en rus-abstinens-syklus som fører til flere og komplekse helserelaterte problemer (Slørddal, 2018b). Fysisk avhengighet defineres “ved abstinenssymptomer i forbindelse med rask dosereduksjon eller seponering av opioidpreparatet” (Borchgrevink & Fredheim, 2018).

### **2.6.3 Personer med opioidavhengighet**

Personer med opioidavhengighet kan oppleve dårlige holdninger og fordommer mot seg, noe som kan resultere i at denne pasientgruppen ikke får tjenester på lik linje med øvrige og at negative relasjoner til helsepersonell hindrer brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2014). Manglende kunnskap og stigmatisering hindrer psykisk avhengige pasienter å motta den sykepleien de har rett til (Oliver et al., referert i Danielsen et al., 2016, s. 405).

## **2.7 Sykepleiers ansvar og funksjon**

Sykepleiers grunnleggende funksjons- og ansvarsområder omhandler ifølge Kristoffersen et al blant annet helsefremmende arbeid, lindring, behandling, veiledning og undervisning, samt fagutvikling og kvalitetssikring. Funksjonsområdene er rettet mot pasienter, helsepersonell og utvikling av sykepleiefaget (2011).

### **2.7.1 Holdninger**

Kristoffersen og Nortvedt skriver at sykepleiere har ansvar for egen væremåte og at holdninger har en viktig rolle for å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens holdninger definerer hvordan en er som person i konkrete situasjoner og

hvordan en reagerer på situasjoner (2011). Det er holdningen som uttrykker omsorgen i sykepleien, og som kan gi pasienter følelsen av å bli møtt med omsorg fra sykepleier (Kristoffersen & Nortvedt, 2011; Nortvedt, 2012).

## **2.8 Smertelindring**

Ved å skape gjensidig tillitt mellom helsepersonell og pasient vil en ha et godt fundament for smertelindring (Nortvedt & Nortvedt, referert i Danielsen et al., 2016, s. 388). Lege og sykepleier har ansvaret for at tillitsforholdet skapes. Sykepleiers ansvar er å drive systematisk registrering og vurdering av smerte hos pasienter. Datainnsamling av smertens kvalitet og karakter, intensitet, utløsende eller lindrende faktorer og lokalisasjon, er essensielt for å vurdere hvilke tiltak og behandling som skal settes i gang (Danielsen et al., 2016). For å avdekke smerte hos pasienter kan sykepleier bruke smertekartleggingsverktøy i samarbeid med pasienter. For å få ønsket effekt av hjelpemidlet, må pasienter kunne evne å plassere smerte på skalaer og uttrykke smerter (Danielsen et al., 2016, s. 390). Eksempler på smertekartleggingsverktøy til akutt smerte er numeric rating scale (NRS), visuell analog skala (VAS) og verbal skala (VRS) (VAR Healthcare, 2020). Samtidig må sykepleier innhente informasjon fra pasienten selv, ved å stille konkrete spørsmål om opplevd smerte (Wøien & Strand, referert i Danielsen et al., 2016, s. 398). Sykepleier skal rapportere virkningen av behandlingen til lege, slik at eventuelle forandringer i behandlingen settes i gang. For eksempel om forskrevet dosering og behandling er utilstrekkelig for å lindre smerte hos pasient (Danielsen et al., 2016).

### **2.8.1 Smertelindring ved akutte smerter**

Konsekvensene for pasientens grunnleggende behov ved akutt smerte skal vurderes og kartlegges av sykepleier, for å se hvilke intervensjoner som skal settes i gang for å dekke pasientens behov. Sykepleier skal ved akutte smerter hos pasienter, vurdere smertene minst tre ganger i døgnet (Danielsen et al., 2016). Akutt smerte behandles i hovedsak med smertestillende midler, og opioider har en sentral plass i behandlingen. Behandlingen skal individualiseres siden pasienter responderer ulikt på opioider (Borchgrevink, referert i Danielsen et al., 2016, s. 399). Videre observasjonen av behandlingen er sentralt i sykepleiers funksjon og det trengs dyptgående kunnskap om administrering, dosering, virkning og bivirkning (Danielsen et al., 2016).

### **2.8.2 Smertelindring av personer med opioidavhengighet**

Opioidavhengige trenger høyere doser med opioider under smertebehandling, enn hva pasienter uten avhengighet trenger (Den norske legeforening, 2009). Derfor må pasienter med en opioidavhengighet få dekket sitt basalbehov tilstrekkelig, i tillegg til det akutte tilleggsbehovet (Borchgrevink & Fredheim, & Mehta & Langford, referert i Danielsen et al., 2016, s. 405). Pasienters opioidavhengighet bør avdekkes før oppstart av smertelindring, for å sikre at smertene blir adekvat behandlet. Kartlegging av hva pasient bruker og når siste dose ble tatt, vil gi bedre mulighet til å tilpasse behandlingen hos den enkelte (Danielsen et al., 2016). Kombinasjon av god informasjon og høy kompetanse hos sykepleiere, i tillegg til innsikt i begrepene avhengighet, toleranse og rusmisbruk, er viktig for å kunne smertelindre denne pasientgruppen (Li et al., & McCafferty & Beebe, referert i Danielsen et al., 2016, s. 406; Skoglund & Biong, 2018). Økt toleranse av opioider sees ved at smertelindringsperioden varer kortere, og doser må økes og gis hyppigere for å oppnå ønsket effekt (Danielsen et al., 2016).

### 3 Metode

#### 3.1 Metodevalg

Dalland karakteriserer metode som et redskap for å samle inn relevant data om noe vi ønsker å undersøke (2012). Denne oppgaven er metodisk tilnærmet som en litteraturstudie.

Litteraturstudien setter allerede nedfelt kunnskap i system (Thidemann, 2015). Hensikten med litteraturstudier er å formidle forstått og oppdatert kunnskap innen det fagområdet problemstillingen omhandler, samt fortelle hvordan denne kunnskapen er kommet fram til (Thidemann, 2015).

#### 3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Utvalgt artikkel
1	04.12.2019	CINAHL	“Nurses” “Pain Management” “Knowledge” “Opioid Addiction”	Published Date 2009-2020, Peer Reviewed, Research Article, Special Interest: Pain and Pain Management (SmartText søk)	87	Nurses` competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study
2	04.12.2019	Sykepleien.no	“Smertelindring” “Rusavhengige”	Fra 2009 til 2020, Sykepleien Forskning	3	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige
3	04.12.2019	Sykepleien.no	“Smertelindring” “Opioidavhengige”	Fra 2009 til 2020, Sykepleien Forskning	2	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus
4	09.03.2020	SweMed+	“Holdninger” AND “Smertelindring”	Peer reviewed tidsskrifter, utgivelsesår 2009-2019	1	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne
5	10.03.2020	CINAHL	(MH “Nurses+”) AND (MH “Pain Management”)	Full text, 2009-, peer reviewed, research article	27	“Pain is What the Patient Says It Is”: Nurse-Patient Communication, Information Seeking, and Pain Management

Søk etter forskningslitteratur ble utført gjennom databasene CINAHL, SweMed+, og nettsidene til Sykepleien Forskning. Søkeord ble valgt med utgangspunkt i nøkkelord fra problemstillingen, oversatt til engelsk ved bruk av CINAHL. Der mulig, ble søkene avgrenset til å inkludere fagfellevurderte forskningsartikler ikke eldre enn ti år, for å etterstrebe å inkludere kun nyere forskning i oppgavebesvarelsen. Forskningsartikler med et sykepleiefaglig perspektiv som kan hjelpe å besvare problemstillingen, ble valgt ut. Til tross for de mange søketreff vist i tabellen over, er det tydelig at det er få studier som besvarer hva en sykepleier skal kunne for å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidavhengighet. Mangelen på slike studier beskrives også av Helsedirektoratet (2010).

Det er også benyttet pensumlitteratur og faglitteratur innen ulike emner, fra Lovisenberg diakonale høgskoles bachelorstudie i sykepleie i oppgavebesvarelsen. Anvendt faglitteratur omhandler temaene smerte, smertelindring, kunnskapsbasert praksis, legemidler, rusavhengighet, etikk, kommunikasjon og tillit.

Grunnet stengte bibliotek, “i henhold til nasjonale tiltak knyttet til covid-19-pandemien” (Lovisenberg diakonale høgskole, 2020), og begrensede ressurser tilgjengelig på internett, er enkelt relevant litteratur ikke kunne blitt vurdert benyttet for å besvare problemstillingen. Ett av verkene vi ser er relevant å benytte i besvarelsen av problemstillingen, men som vi ikke har hatt tilgang til, er boken *Jobb kunnskapsbasert!* av Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nortvedt & Reinart (2012). Dette verket blir det referert til i Kristoffersens kapittel 4 i *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (2016). Vi har derfor benyttet annenhåndsreferanser i oppgaven.

### **3.3 Kildekritikk**

Vi har i hovedsak benyttet aktuell pensumlitteratur for da vi hadde respektive fag i utdanningsforløpet, og vi går ut ifra at det i skrivende stund kan ha blitt utgitt nyere utgaver. I oppgavebesvarelsen erkjenner vi at det er benyttet en eldre utgave av *Grunnleggende Sykepleie bind 1 og 3* fra 2011. Kapitlene vi benytter oss av er lite forandret i siste utgivelse og vi anser dermed faglitteraturen som fremdeles aktuell for vår oppgavebesvarelse.

Vi har benyttet faglitteratur utenfor pensumlitteraturen, som kapitler i boken *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. At andre kapitler i boken er inkludert i pensumlitteraturen, en av



redaktørene er utdannet sykepleier, og at den omhandler helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer, sees som noen av bokens styrker for å bidra til å besvare vår problemstilling.

Vi erkjenner at bruk av annenhåndsreferanser kan føre til fortolkninger av primærforfatters verk. Vi har likevel valgt å benytte enkelte annenhåndsreferanser i besvarelsen av denne oppgaven, da alternativet i noen tilfeller ville være å unnlate verkene i sin helhet.

I innhenting av data for å besvare oppgaven, har vi forsøkt å kun inkludere data publisert i løpet av de ti siste årene, for å ha med så oppdatert data som mulig. Vi ser det likevel nødvendig å inkludere kilder publisert før dette, da det i noen tilfeller ikke foreligger nyere utgaver. Dette gjelder Den norske legeforenings *Retningslinjer for smertelindring*. Vi har benyttet *ICD-10* i besvarelsen av denne oppgaven, da det er denne som er gjeldende i skrivende stund. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO), vil den ellefte revisjonen av ICD benyttes fra år 2022 (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2020). Vi ser da at en del av retningslinjene mulig er i en revisjonsprosess i skrivende stund, men at vi i denne oppgaven forholder oss til det som er gjeldende.

I nettversjonen av NSF sine *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2019), er kun hovedpunkt fra de fullstendige retningslinjene (2011) inkludert. Vi har derfor i teoridelen tatt utgangspunkt i dokumentet fra 2011, og i diskusjonsdelen tatt utgangspunkt i de mer nylig reviderte retningslinjene fra 2019.

Vi har praktisk erfaring om smertelindring av pasienter med opioidavhengighet, men velger å unnlate eksempler fra egne erfaringer for å bevare anonymitet.

## 4 Funn og presentasjon av forskningsresultater

Gjennom forskningsartiklene, presentert i artikkelmatrisen under, omtales problemstillinger i forbindelse med smerte og smertelindring av pasienter med blant annet opioidavhengighet.

Det kommer frem at pasientgruppen ikke blir trodd på i sine uttalte smerteopplevelser og blir møtt av helsepersonell med kunnskapsmangel innen smertelindring av pasientgruppen, og det settes spørsmålsteget ved om pasientgruppen faktisk får den smertebehandlingen de har krav på. Funn avdekker forskjell på den teoretiske kunnskapen helsepersonell innehar, og om hva som blir gjennomført i praksis, og en kartlegging av hvor helsepersonell innhenter kunnskap fra. Et hovedpoeng er at det kun er pasienten selv som kan bedømme ens eget smertenivå.

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs (2015)	Nurses` competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	Nurse Education Today	Kartlegge sykepleieres egenoppfattede kunnskaper om smerte, deres kompetanse om smertelindring for opioidmisbrukere, samt kartlegge hvilke kilder sykepleierne benytter for å innhente kunnskap	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie. Spørreskjema besvart av 98 sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdeling, ved to sykehus i Vest-Norge	Studien kommer fram til at sykepleierne i studien har manglende kompetanse i smertekartlegging og smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet. Primærkilde for sykepleieres innhenting av kunnskap er i høy grad fra kolleger og arbeidserfaring, og arbeidserfaring blir ført som den mest bidragsytende for sykepleiernes kunnskapsnivå.
2	Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen og Ellen Benestad Moi (2019)	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige	Sykepleien Forskning	Undersøke hvilke erfaringer spesialsykepleiere ved smerteteam har med smertelindring av rusavhengige pasienter	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervjuer med seks spesialsykepleiere, med minst to års erfaring fra smerteteam, ved fire norske sykehus	Studien beskriver spesialsykepleiere i smerteteams oppfatning om at smertelindring av pasienter med rusavhengighet tidvis er dårlig, og at det er kunnskapsmangel hos bl.a. sykepleiere på sengepost. Tillit og retningslinjer føres som nødvendige faktorer for adekvat smertebehandling av rusavhengige

3	Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall og Dagfinn Nåden (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Sykepleien Forskning	Kartlegge hvilke holdninger og kunnskaper helsepersonell har, og hva som gjøres i behandlingen av opioidavhengige pasienter med smerter	Kvantitativ metode: Studie basert på utfylling av spørreskjema av 274 sykepleiere og 38 leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesivdelinger ved fire norske sykehus, i fire helseregioner	Studien viser at sykepleiere ofte føler seg manipulert av pasienter med opioidavhengighet, og at sykepleiere betviler pasientens uttalte smertenivå. Det avdekkes høyt kunnskapsnivå om toleranse og nødvendigheten av store doser opioider for å fremkalle smertelindring hos pasienter med rusavhengighet, samtidig som om lag halvparten av respondentene aldri benyttet smertekartleggingsverktøy
4	Tone Høilo Granheim, Kari Raaum, Knut-Andreas Christophersen og Alfilde Dihle (2015)	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne	Sykepleien Forskning	Kartlegging av sykepleiere og sykepleierstudenters holdninger og kunnskapsnivå om voksnes smerter og smertelindring	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie, med 39 spørsmål om smertebehandling, besvart av 82 sykepleiere og 83 siste års sykepleierstudenter, fra ett sykehus og én høyskole	Studien viser at sykepleiere og sykepleierstudenter har gode holdninger og god kunnskap om smertelindring, men at det kan skille mellom teori og praksis, at det fortsatt finnes opiofobi og frykt for avhengighet og respirasjonsdepresjon
5	Laura E. Miller, Scott A. Eldredge og Elizabeth D. Dalton (2016)	“Pain Is What the Patient Says It is”: Nurse-Patient Communication, Information Seeking, and Pain Management	American Journal of Hospice & Palliative Medicine	Kartlegge sykepleieres utfordringer i kommunikasjon med pasienter om smerte, for å forstå mer om hvordan dette påvirker misbruk og avhengighet av smertestillende legemidler	Kvalitativ metode: Én-til-én intervju, med 20 sykepleiere og én CNA (tilsv. hjelpepleier), om respondentenes erfaringer med pasientkommunikasjon. Metning oppnådd ved intervju av 21 respondenter.	Studien viser at sykepleiere har en oppfatning om forskjell mellom enkeltpasientens væremåte og uttalt smertenivå i smertekartlegging, og at flere sykepleiere oppfatter pasienter som uærlige

## 5 Diskusjon

### 5.1 Kunnskapsbasert praksis

Som skrevet i de *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, skal sykepleie “bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap” (NSF, 2019, punkt 1.1). Disse tre grunnsteinene samsvarer med modellen for kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt, referert i Kristoffersen, 2011b, s. 166), der kunnskapsbasert praksis er en inklusjon av både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning, i fagutøvelsen (Kristoffersen, 2011b).

#### 5.1.1 Forskningsbasert kunnskap

Smerteforskning kan bidra til å øke sykepleiers kunnskap og forståelse om smerter (Danielsen et al., 2016), og det finnes betydelige mengder forskning om smertelindring og smerte generelt, men lite forskning og dokumentert kunnskap om smertebehandling av pasienter med rus- og opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010; Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012). Dette fører til at smertelindringen, av pasienter med opioidavhengighet, er en stor utfordring i klinisk praksis (Kongsgaard, Bell & Breivik, referert i Skoglund & Biong, 2018, s. 186).

Sykepleiers kompetanse om smerte må blant annet omfatte hvilke stoffer som påvirker smerteintensiteten, sammensetningen av smerteopplevelsen, smertere registrering og hva som påvirker smerte for å kunne jobbe kunnskapsbasert (Danielsen et al., 2016). Studier antyder at en kompetansemangel kan sette spørsmålsteget på om hvorvidt pasienter med opioidavhengighet faktisk får den smertelindringen de har krav på (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Vi ser dette som et mulig brudd på rettferdighetsprinsippet. Vi erkjenner at studien til Krokmyrdal og Andenæs inkluderer et mindre antall respondenter og at disse er fra ett spesifikt geografisk område i Norge, som gjør at resultatene mulig ikke er representativt for resten av landet.

Et kriterie for adekvat smertelindring av pasienter med rusavhengighet, er retningslinjer for smertebehandling (Govertsen, Aanensen & Moi, 2019). Vi erkjenner at forskningsartikkelen til Govertsen et al omhandler spesialsykepleieres erfaring i smerteteam som omtaler egen nytteverdi. Vi erkjenner at denne artikkelen omhandler spesialsykepleiere, som faller utenfor vårt kompetanseområde som sykepleierstudenter, samt at studien inkluderer en liten utvalgsstørrelse på kun seks respondenter. Ansvaret til Helsedirektoratet om å “... utvikle,

formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere ...” er fastsatt i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 12-5). Som Helsedirektoratet skriver i *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, skal retningslinjene revideres i år 2015 (2010). Det foreligger per dags dato ikke en revidert versjon av retningslinjene, etter hva vi finner tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider. Mangel på reviderte retningslinjer kommer også frem i Legeforeningens *Retningslinjer for smertelindring*, som inneholder et kapittel om smerte hos rusmiddelmissbrukere, skal revideres hvert fjerde år. Sist reviderte utgave av retningslinjene finner vi fra år 2009 (Den norske legeforening, 2009).

Ifølge Li et al er kunnskap en av de viktigste ressursene helsepersonell har. Mangelen på reviderte retningslinjer kan mulig gjøre det vanskeligere å jobbe med oppdatert kunnskap for sykepleiere (2012). Med denne mangelen på forskning og dokumentert kunnskap om smertelindring av pasienter med opioidavhengighet, ser vi at det kan oppstå vanskeligheter for sykepleier å jobbe forskningsbasert selv om det finnes enkelte veiledere som omtaler smertebehandlingen av denne pasientgruppen. Respondentene i studien til Li et al består av både sykepleiere (88,1%) og leger (11,9%). Gjennom artikkelen holdes ikke data fra de forskjellige yrkesgruppene alltid separert, som gjør at noen av funnene til en viss grad inneholder feilkilder, sett ut ifra sykepleieperspektivet. Ett av inklusjonskriteriene i studien er at respondentene skal ha erfaring med rusmisbrukere. Det er derfor mulig at kunnskapsnivået hos sykepleierne som reflekteres i studien er høyere enn det faktiske landsgjennomsnittet. En konsekvens av innføring av retningslinjer for smertelindring til rusavhengige er ifølge enkelte sykepleiere i smerteteam, at pasientene mer sjeldent nå skriver seg ut på eget ansvar enn før retningslinjene var tilgjengelige (Govertsen et al., 2019).

En del av sykepleierens ansvar er å holde seg faglig oppdatert og bidra til anvendelsen av ny kunnskap (NSF, 2019). Denne mangelen på forskning og dokumentert kunnskap kan kanskje forklare hvorfor sykepleieres kompetanse om smertelindring av pasienter med opioidavhengighet blir beskrevet som erfaringsbasert i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015).

De yrkesetiske retningslinjene understreker viktigheten av at sykepleieren skal kjenne sin egen kompetanse, jobbe innenfor grensene av denne, og innhente veiledning i møte på situasjoner som er vanskelige (NSF, 2019). Smerteteam kan være en god veileder for

sykepleiere som har manglende kompetanse innen smertebehandlingen av pasienter med rusavhengighet (Govertsen et al., 2019), da de kanskje også innehar større mengder erfaringsbasert- og brukerkunnskap enn sykepleiere på sykehus generelt. Smerteteam kan bistå med støtte og undervisning om smertelindring av pasientgruppen, og om blant annet smertekartlegging, tillitsskaping og kommunikasjon med pasientene (Govertsen et al., 2019).

### **5.1.2 Erfaringsbasert kunnskap**

Vi ser at erfaringsbasert kunnskap er noe som kan dekkes av det moralske aspektet innen omsorgsmoral, da læring av moralsk praksis kommer fra erfaring (Martinsen, 2003).

Erfaringsbasert kunnskap blir kalt klinisk kompetanse og personlig kompetanse og Kristoffersen definerer erfaringen som bakgrunnen for all personlig kompetanse og læring. Denne erfaringen kan innebære at sykepleiere handler aktivt i praktiske situasjoner. Således vil erfaringen inneholde sykepleiers egne reaksjoner på handlinger (2011b). Dette kan betraktes på en annen måte, ved at vurderinger sykepleier foretar seg skal være basert på oppdatert, fagspesifikk kunnskap fra erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt & Grønseth, 2016). Kristoffersen beskriver utvikling av erfaringsbasert kunnskap ved at sykepleier har kritisk og systematisk refleksjon over egen erfaring. Sykepleier må bli bevisst egne erfaringer gjennom en prosess som kan gjennomføres i samarbeid med andre. For å utvikle klinisk kompetanse, er det flere faktorer som er betydningsfulle. Variert og omfattende erfaring fra situasjoner sykepleier kommer opp i er avgjørende for utviklingen (Kristoffersen, 2011b). Evnen til å reflektere kritisk over egen yrkesutøvelse er essensielt, og kollegaer vil kunne bidra ved å gi tilbakemeldinger på det sykepleier utøver. Kompetansen heves for både den enkelte sykepleier og kollegaer, dersom det overnevnte gjennomføres (Kristoffersen, 2011b). Om sykepleier har en reflekterende holdning til egen yrkesutøvelse, kan det øke sykepleierens erfaringsbaserte kunnskaper innen hensynet til pasienters helse (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Funn fra en studie viser at 83,7 prosent av respondentene innhentet noe eller mye kunnskap om smertelindring fra erfaringer ved arbeidsplassen. Denne virkningen viste seg derimot å avta etter fem år med arbeidserfaring (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Krokmyrdal og Andenæs påpeker risikoen for at innlært kunnskap som ikke møter satte standarder, og som heller ikke blir endret, kan føre til en videreformidling av denne til andre (2015). En grunn til at dette oppstår kan forklares ved at det ikke er en selvfølgelighet at erfaring bidrar til læring.

Sykepleiere kan ha jobbet i lang tid og kun gjentatt yrkeserfaring fra sitt første arbeidsår, slik at en videreutvikling av kunnskap har stanset (Kristoffersen, 2011b). Dette belyses videre av Nortvedt og Grønseth, som skriver at feilaktig kunnskap kan lede til beslutninger og vurderinger av pasienters helse som er feilslått (2016). På bakgrunn av dette kan det bety at sykepleiere er nødt til å unngå vranglære når de begynner på sin arbeidsplass og arbeide med oppdatert kunnskap som bakteppe for egne handlinger.

### **5.1.3 Bruerkunnskap**

Hvert enkelt menneskes rett til autonomi er et overordnet prinsipp innen moderne medisinsk etikk. Pasienter skal ha mulighet for å ivareta egne ønsker (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Tanken om autonomi hos pasienter er det viktigste uttrykket i sykepleien (Nortvedt, 2012). Parallelt beskrives begrepet brukerkunnskap hvor hensynet til pasientens behov og ønsker står sentralt. Dette oppnås gjennom kommunikasjon med pasienten og med brukergrupper for å innhente kunnskap om pasientgrupper. Brukerorganisasjoner og kunnskap fra annet helsepersonell er en viktig kunnskapskilde og kan bidra til tydeliggjøring av pasienters ønsker og behov (Kristoffersen, 2011b; Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette kan tydeliggjøre betydningen av brukermedvirkning i smertelindring av opioidavhengige og respondenter i Govertsen et al sin studie var enige i at pasientmedvirkning var avgjørende innenfor visse rammer (2019).

I studien til Krokmyrdal og Andenæs ser de på hvilke kilder sykepleiere bruker ved innhenting av kunnskap. Resultatene var at kollegaer og erfaring fra arbeidsplass var primærkildene til kunnskap. Funn viser på en side til at 77,3 prosent mente kollegaer var kilde til noe eller mye til kunnskap. På en annen side antydes det at det ikke var statistisk korrelasjon mellom hva respondenter skårer på kompetanse og kollegaer som informasjonskilde. Studien påpeker at informasjonsinnhenting fra kollegaer ikke bidrar til kompetanse, med mindre det er organisert riktig (2015). Det kan dermed se ut til at kunnskapen en innhenter fra kollegaer om pasientgrupper ikke alltid er god nok, og at pasienters behov og ønsker dermed ikke møtes. Derfor vil det antagelig være et behov for kompetanseheving hos sykepleiere. Behov for kompetanseheving hos sykepleiere kommer fra den enkeltes og arbeidstedets behov. Behovet kan være tilknyttet enkelte pasienter eller spesielle pasientgrupper (Kristoffersen, 2011b), slik som opioidavhengige. Krokmyrdal og Andenæs skriver at det kan kreves høy kompetanse for å smertebehandle opioidavhengige, da

det sees som en avansert oppgave (2015). Respondentene i Govertsen et al sin studie svarte at de til tider så utilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos sykepleiere på sengeposter (2019). En annen studie antyder mangler i sykepleieres kompetanse til å evaluere og behandle smerte (2015). Danielsen et al skriver at sykepleiere bør bruke smerteforskning og den kunnskapen det kan gi for å jobbe kunnskapsbasert innen smertelindring (2016).

Informanter fra en annen studie foreslo smertekontakter og fagdager for at helsepersonells kompetanse skal øke (Govertsen et al., 2019). Krokmyrdal og Andenæs' resultater viser til en statistisk signifikant sammenheng mellom kompetanse og kurs, hvor spesialisert kursing er medvirkende faktor til kompetanse (2015). Flertallet i studien hadde ikke deltatt på kurs som omhandler avhengighet og smertelindring. Dette kan begrunne hvorfor 71,4 prosent av respondentene svarte at kurs om avhengighet, i liten grad eller ikke i det hele tatt bidro til kunnskap (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette kan tyde på at kurs vil øke sykepleieres kunnskap om opioidavhengige pasienter og deres behov.

## **5.2 Smertelindring til pasienter med opioidavhengighet**

### **5.2.1 Behov for kompetanseøkning**

Rusmiddelavhengige innlagt på sykehus grunnet akutte smerter, underbehandles ofte for smerte (Den norske legeförening, 2009). Dette sees også i studien til Govertsen et al (2019), der alle informantene opplevde kunnskapsmangel hos enkelte sykepleiere og leger, og inadekvat smertelindring av pasienter med rusavhengighet. Smertelindring og omsorgsfull hjelp er en del av sykepleierens ansvar (NSF, 2019), og vi kan derfor si at sykepleier har ansvar for å øke sitt kunnskapsnivå og å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidavhengighet.

Akutte smerter er oftest nociseptive og ved sterke smerter er behandling med opioider det mest effektive (Slørdal, 2018a). Smertelindring av opioidavhengige sees på som en avansert oppgave, og kan kreve høy kompetanse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Behovet for kompetanseøkning for å bedre sikre smertelindring til pasienter med rusavhengighet kommer også frem i studien til Govertsen et al (2019).



### **5.2.2 Teori versus praksis**

Å dekke pasienters opioiddose-behov er grunnprinsippet i smertelindring av pasienter med opioidmisbruk. Opioidmisbrukere har behov for betydelig økte doser med opioider sammenliknet med opioidnaive og dette dosebehovet er ofte ukjent (Den norske legeforening, 2009). Dosebehovet for en pasient med opioidavhengighet består derfor av et basalbehov og et akutt tilleggsbehov, som må dekkes tilstrekkelig (Borchgrevink & Fredheim; Mehta & Langford, referert i Danielsen et al., 2016, s. 405). Over tid vil alle som bruker opioider daglig utvikle toleranse (Borchgrevink & Fredheim, 2018). Kunnskapen om toleranse og nødvendigheten av store doser opioider for å få oppnå ønsket effekt i smertelindring av pasienter med rusavhengighet er godt kjent (Li et al., 2012). Li et al viser til studier hvor det derimot er forskjell på teori og hva som gjennomføres i praksis. Toleranse, rusavhengighet og hyperalgesi, oppgis av helsepersonell som temaer de har gode kunnskaper i, men at de opioidavhengige pasientene likevel ikke får mer analgetika enn andre pasienter (Kelleher & Cotter; Hines, Theodorou, Williamson, Fong & Curry, referert i Li et al., 2012, s. 257). I studien til Li et al (2012) kommer det også frem at under halvparten av respondentene (leger og sykepleiere samlet) erstattet opioidene som pasientene brukte daglig.

### **5.2.3 Feilslått overforsiktighet**

Granheim, Raaum, Christophersen og Dihle sin studie viser sykepleiere og sykepleierstudenter frykter utvikling av opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon ved smertelindring med opioider. Denne opiofobien, eller overforsiktigheten, er en mulig grunn til at respondentene valgte å gi ineffektive doser opioider, og at større doser ikke ble gitt selv om pasienten fortsatt hadde sterke smerter etter siste dose (2015). Ifølge Slørdal skal ikke faren for utvikling av avhengighet hos pasienter med sterke akutte smerter vektlegges særlig (2018a). Derimot kan en opplevelse av dårlig behandling og avvisning gi rusmiddeltrang hos pasienter med rusmiddelmisbruk (Den norske legeforening, 2009).

Ved innleggelse på sykehus så er som regel ikke hovedmålet at den opioidavhengige skal avruses. Dermed må målet om å holde pasienten smertefri prioriteres høyt, og adekvat smertelindring bør overgå en eventuell frykt for å overmedisinere pasienten (Skoglund & Biong, 2018). Som det igjen kommer frem, må sykepleiere og sykepleierstudenter, videre øke kunnskapsnivået og endre holdningene de har om smertelindring med opioider (Granheim et al., 2015). Respondenter i Granheim et al sin studie består av både sykepleiere og sykepleierstudenter. Dataene er holdt separert, og vi har i oppgaven derfor tatt utgangspunkt i

data fra sykepleierne i studien. Vi erkjenner at fokuset i artikkelen er medikamentell postkirurgisk og kreftrelatert smertebehandling (Granheim et al., 2015), og at dette ikke samsvarer helt med vår problemstilling. Vi inkluderer likevel artikkelen, da relevante tema som holdninger og kunnskap om medikamentell smertelindring blir diskutert, som vi antar har overføringsverdi for å besvare vår problemstilling.

#### **5.2.4 Smertekartlegging**

Kartlegging av smerter legger grunnlaget for pasienters individuelt tilpassede smertebehandling (Danielsen et al., 2016). Da vi antar at kartlegging kan sees på som utførelsen av en situasjonsbetinget konkret handling (Martinsen, 2003), ilegger vi kartlegging som en del av det praktiske aspektet innen omsorgsmoral. Sykepleiere er også pliktig å journalføre nødvendig og relevant informasjon om pasienten samt helsehjelpen som ytes (Helsepersonelloven, 1999, § 39, § 40), som vi anser kartlegging som. Smerteopplevelsen er subjektiv (International Association for the Study of Pain [IASP], 2017) og pasienter med opioidmisbruk har høyere dosebehov enn opioidnaive (Den norske legeforening, 2009). Kartlegging forenkler det å måle smertebehandlingens effekt (Danielsen et al., 2016), og vi antar derfor at kartlegging mulig kan medvirke til adekvat smertelindring av pasienter med opioidavhengighet. Vi ser da at kartlegging både kan sees på som noe en sykepleier er moralsk og juridisk bundet til å utføre, og at kartlegging kan medvirke til adekvat smertelindring for pasientgruppen.

For å kunne bestemme graden av smertene og dermed tilpasse den medisinske hjelpen, finnes det egne kartleggingsverktøy som kan benyttes (Skoglund & Biong, 2018). For pasienter med akutte smerter vil omfattende kartleggingsverktøy være vanskelig for pasienten å gjennomføre (Torvik mfl., referert i Danielsen et al., 2016, s. 390; VAR Healthcare, 2020), da konsentrasjonsevnen til pasienter med sterke smerter er hemmet (VAR Healthcare, 2020). Sykepleier må derfor vurdere hvor mange kartleggings spørsmål som stilles pasienten (VAR Healthcare, 2020). VAR fører bl.a. kroppskart og smerteskala i form av Visual Analogue Scale (VAS), Numeric Rating Scale (NRS) og Verbal Rating Scale (VRS), som kartleggingsverktøy for akutt smerte i sitt prosedyrebibliotek (VAR Healthcare, 2020). Regelmessig bruk av kartleggingsverktøy og journalføring av resultatene, vil mulig kunne bedømme effekten av smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016).

Likevel antydes det at sykepleiere ikke ser på kartlegging som relevant, for smertebehandlingen av pasienter med opioidavhengighet, da de har manglende kunnskaper om hvordan opplevelsen av smerte og dens behandling er påvirket av opioidavhengigheten (Li et al., 2012). Det kommer frem i samme studie at kun en fjerdedel av respondentene som bestod av sykepleiere og leger, svarer de bruker smertekartleggingsverktøy ofte eller ganske ofte (Li et al., 2012).

### **5.2.5 Utfordringer og konsekvenser av inadekvat smertelindring**

Rus- eller abstinenssymptomer hos pasienter kan skjule underliggende sykdom, og smertesymptomer må derfor tas på alvor (Skoglund & Biong, 2018). Symptomer på smerte kan være forhøyet puls og blodtrykk, uro, svette og flere har påvirket mimikk og kroppsholdning (Skoglund & Biong, 2018). Hos denne pasientgruppen kan engstelsen for abstinens også føre til angst (Skoglund & Biong, 2018). En inadekvat smertelindring, eller at pasienten ikke føler seg tatt på alvor, kan føre til at pasienten skaper uro eller blir utagerende (Govertsen et al., 2019) eller til og med skriver seg ut på eget ansvar (Skoglund & Biong, 2018). En risikerer derfor at pasienten er enda dårligere neste gang han kommer tilbake ved inadekvat smertelindring (Skoglund & Biong, 2018).

Den potensielle medikamentlengselen og medikamenttrangen hos pasientene i pasientgruppen, kan ytterligere vanskeliggjøre behandlingen av denne pasientgruppen (Den norske legeforening, 2009). På tross av at smertelindringen av pasienter med rusavhengighet kan være vanskelig har denne gruppen samme krav på behandling som andre pasientgrupper (Den norske legeforening, 2009). Dette kommer også frem i Pasient- og brukerrettighetsloven, som både har til formål å sikre pasienter god kvalitet og lik tilgang på tjenester, og å bidra til tillitsskaping mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Dersom sårbare personer eller grupper mottar mangelfull helseplanlegging, og derfor ikke får benyttet seg av helsevesenets goder, kan det også være brudd på statens forpliktelse til å etterkomme personers rett til helse (ØSK-komiteen, referert i NOU:26, 2019, s. 180). Som vi ser er det tydelig stadfestet at pasienter med opioidavhengighet har rett til lik behandling som andre pasientgrupper, også når det gjelder smertelindring.

### 5.3 Holdninger

Innen sykepleie praktiseres de fundamentale egenskapene til omsorg daglig. For å vise omsorg, må sykepleier forholde seg til pasienter ut ifra en holdning hvor sykepleier ser og anerkjenner andres situasjoner (Martinsen, 2003). Om pasienter er fysisk eller psykisk svekket, som ved akutte sterke smerter, er sykepleiers holdninger avgjørende når en skal handle for å ivareta pasientens behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Holdninger er en del av kunnskapen innen sykepleie som praktisk fag og verdiene inneholder evnen til å vurdere og handle riktig i situasjoner (Kristoffersen, 2011b).

Stigmatiserende holdninger mot pasienter med en vanedannelse av narkotiske stoffer, hindrer disse pasientene i å motta sykepleie de har krav på (Oliver et al., referert i Danielsen et al., 2016, s. 405). Denne påstanden stemmer overens med funn fra studien til Krokmyrdal og Andenæs. De så på kompetansenivået til sykepleiere hvor holdninger var inkludert. Flesteparten av respondentenes skåringer i studien antyder at sykepleieres holdninger mot opioidavhengige pasienter har en tendens til å være negative (2015). Dette kan sees i studien ved at 91,8 prosent av sykepleiere på den ene siden svarer at de er enige i at opioidavhengige trenger mer smertestillende legemidler enn ikke-avhengige for å bli tilstrekkelig smertelindret. Mens på den andre siden så svarer 61,7 prosent av respondentene at opioidavhengige overdriver egen smerte for å få mer legemidler og 56,1 prosent svarte at de trodde pasienter ikke beskrev effekten av medisinerbehandlingen på ærlig måte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Lignende funn finner vi i studien til Li et al. Studien antyder at det ikke er samsvar mellom kunnskapen om opioidavhengighet og bruken av kunnskapen i praksis (2012). Det kommer frem at 70,8 prosent av respondentene mener rusmisbrukere trenger høyere dose med opioider for å oppnå ønsket effekt av opioidbehandling. Likevel mener 56,1 prosent av sykepleierne i studien at opioidavhengige ofte manipulerer helsepersonell for å få opioider og 20,8 prosent av respondentene var nokså enige eller enige i, at opioidavhengige snakker sant om egen smerteformidling (Li et al, 2012). Det kan dermed se ut som om det er stigmatiserende holdninger til opioidavhengige ut ifra resultatene i studien til Li et al. Dette samsvarer med at det er flere misoppfatninger tilknyttet denne pasientgruppen, som at de manipulerer helsepersonell for å ruse seg (Skoglund & Biong, 2018).

Skoglund og Biong påpeker at godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er en viktig del under arbeidet med smertelindring. Dette sees spesielt ved behovet for smertelindring av opioidavhengige (2018). Et annet relevant punkt er at rusmiddelbruk kan hindre skapende

tillit mellom pasient og sykepleier. Pasienter kan oppleve å bli sett på som lite kompetente til å ta egne valg på grunn av rusmiddelbruk (NOU 2019: 26, 2019).

Granheim et al sin studie avdekket et gap mellom hvilke teoretiske kunnskaper respondentene hadde, og hvordan denne kunnskapen ble anvendt i praksis rettet mot pasienter med smerter. Studien brukte spørreskjema for å teste sykepleieres kunnskaper og holdninger innen smertebehandling. To pasienthistorier ble benyttet i spørreskjemaet for å avdekke hvordan sykepleiere benytter kunnskap ved smertevurdering av pasienter, etter at pasientene hadde vurdert egen smerte (2015). Pasienthistoriene synliggjorde gapet mellom praktisk handling og teoretisk handling hos respondentene. Blant annet ved at et mindretall av sykepleierne tok hensyn til pasienters egen smertevurdering, på tross av at 96 prosent svarte at pasienter selv er best til å evaluere egen smerte (Granheim et al., 2015). Funnene fra artikkelen kan tyde på at sykepleiere besitter riktige kunnskaper, som at pasienter selv vet best hvordan deres egen smerte føles (Danielsen et al., 2016), men at de ikke anvender kunnskapen i praksis. Således kan det se ut som sykepleiere ikke anerkjenner og tar hensyn til at det er pasienten som har autoriteten når de skal bekrefte pasienters opplevelser av smerte (Danielsen et al., 2016).

Kristoffersen og Nortvedt skriver at pasienter innlagt på sykehus i stor grad ønsker å være delaktige i beslutninger om egen helse (2011). Dette er en rett pasienter har krav på som er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven. Loven sier noe om at pasienter har rett til brukermedvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (1999, § 3-1). En studie intervjuet 20 sykepleiere om deres erfaringer angående kommunikasjon med pasienter og spesielt kommunikasjon hos pasienter med smerter. I funnene svarte enkelte respondenter at de ville stole på pasientens smerteforbidling, men at de selv mente de kunne se at pasientene ikke hadde smertene som pasienter beskrev (Miller, Scott, Eldredge & Dalton, 2016). Dette funnet kan antyde at sykepleiere overprøver hva pasienter formidler. Dette strider i så fall mot de yrkesetiske retningslinjene. NSF skriver at sykepleier skal ivareta pasientens integritet og verdighet. Pasienter har rett til å ikke bli krenket, rett til medbestemmelse og rett til helhetlig sykepleie (2019). Holdninger som antyder begrenset autonomi hos pasienter med rusmisbruk og deres vurderingsevne, kan føre til at de blir mindre tatt hensyn til og mindre anerkjent av sykepleiere (NOU 2019: 26, 2019). Et slikt tankesett vil kunne stride imot teorien, som blant annet sier at kunnskapsbasert praksis innebærer at utøvelse av sykepleie er basert på pasienters preferanser (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Dette belyses i autonomiprinsippet, som omhandler retten til å selv velge det

som er best for en og at sykepleier ser pasienter som selvbestemmende, om pasienter er kompetente til å ta egne valg (Kristoffersen & Nortvedt; Nortvedt, 2012).

#### **5.4 Kommunikasjon og tillit**

Martinsen beskriver avhengighet som et begrep nært tilknyttet omsorg. Om omsorg skal begripes som noe positivt, er sykepleier nødt til å ha et kollektivistisk menneskesyn. Dette innebærer at avhengighet til andre sees på som noe positivt, som fører til omsorgsfullt ansvar med deltagende effekt for mottaker og giver (Martinsen, 2003). Dette kan sees ved Kristoffersen som skriver at det er en forutsetning for sykepleiere å kunne samhandle og kommunisere med pasienter for å utøve sykepleie (2011b). Sykepleier må arbeide med pasienten i fokus ved å være empatisk, skape trygge relasjoner, og vise omtanke i handling og kommunikasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Innen temaet smertelindring sees dette ved at pasienter skal ha mulighet til å bidra i vurdering og planlegging av smertelindringsmetoder som skal brukes. Meninger og erfaringer fra pasienter skal tas hensyn til og etterprøves (Slade et al., referert i Danielsen et al., 2016, s. 388).

Resultater fra Miller et al sin studie viste at det var utbredte kommunikasjonsutfordringer blant respondentene. Dette ble særskilt sett ved tanken om at pasienter manipulerer sykepleiere og at sykepleiere skal være bindeleddet i kommunikasjonen. Flere respondenter nevner at de ble utfordret av pasienter som var taktiske i måten de kommuniserte med sykepleiere på. Pasienters mål er å få tak i ønsket medisin, ifølge sykepleierne (Miller et al., 2016). Lignende funn sees i Li et al sin studie hvor mer enn halvparten av sykepleierne sa seg «... enige i påstanden om at opioidavhengige manipulerer for å få opioider» (2012, s. 258). Vi erkjenner at studien til Miller et al er fra USA, og at overføringsverdien til Norge kan være redusert. Øvrige forskningsartikler benyttet i oppgavebesvarelsen er fra Norge. Studien omhandler ikke eksklusivt opioidavhengige pasienters smerte, men det antydes i artikkelen at en del av pasientene som omtales, har gode forkunnskaper om smertestillende legemidler og preferanser, samt at studien ble gjennomført i et område kjent for misbruk av reseptbelagte smertestillende legemidler (Miller et al., 2016).

Premisset for adekvat smertelindring er at det er gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient. Pasienten må kunne stole på lege og sykepleiers ønske om å hjelpe, og lege og sykepleier må stole på og ha tillit til pasienters formidling av smerte (Nortvedt & Nortvedt, referert i

Danielsen et al., 2016, s. 388). Miller et al belyser dette når de skriver at sykepleiere ofte sees på som bindeleddet i kommunikasjon mellom pasient og lege. Samtidig sees denne kommunikasjonen som utfordrende å gjennomføre overfor både lege og pasient (2016). Danielsen et al påpeker at det er sykepleier sammen med lege som har ansvarligheten for å legge premissene i samarbeidet med pasient, når tillitsforholdet skal skapes (Slade et al., referert i Danielsen et al., 2016, s. 388). Ved mistillit og kommunikasjonsproblematikk så kan det bli vanskelig å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Dette kan føre til at smertelindringen ikke blir adekvat, da smertelindringens effekt vil kunne styrkes om pasienten opplever respekt, trygghet og tillit fra sykepleier (Danielsen et al., 2016).

Sykepleiere må ha et betydelig kunnskapsgrunnlag for å utøve klinisk sykepleie og kommunikasjon er blant de viktigste kunnskapsområdene (Nortvedt & Grønseth, 2016). For å forstå andre personers opplevelse av situasjoner, slik som smerte, så er sykepleiere nødt til å lytte aktivt, stille klargjørende spørsmål og ha en åpen holdning (Kristoffersen, 2011b). Derimot så ser vi i funn fra en studie at respondentene beskrev kommunikasjon og inkonsekvent informasjon, som utfordrende punkter ved datainnsamling av pasienters smerte. På den ene siden viser funn at de fleste respondentene vektla kommunikasjon sammen med smertekartleggingsverktøy når de skulle bedømme pasienters smerte. På den andre siden viser funn at bruken av smertekartleggingsverktøy ofte førte til forskjell mellom observerte verbale og nonverbale tegn. Mange sykepleiere så dette som utfordrende for å kunne gi tilstrekkelig omsorg til pasienter. Kommunikasjonen rundt bruken av smertekartleggingsverktøy ble av mange respondenter beskrevet som vanskelig og spesielt at pasienter virket forvirret ved bruken av 1-10 skalaen (Miller et al., 2016). Vi kan anta at omtalen av smertenivå 1-10 er variant av smerteskalaen NRS. Ved bruk av NRS skal sykepleier forklare pasienten om hvordan smerteskalaen fungerer og brukes i behandlingen av smerter (VAR Healthcare, 2020). Derfor kan funn om at respondenter hadde utfordringer med å få informasjon om smerte fra pasienter og utfordringer i bruk av smertekartleggingsverktøy (Miller et al., 2016), tyde på at de ikke har undervist pasienter tilstrekkelig. Det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter skal få innsikt i innholdet av helsehjelpen som mottas og at pasienter skal informeres (1999, § 3-2). Kristoffersen et al skriver at sykepleie som praktisk yrke inneholder flere funksjoner som så utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Sykepleiere har blant annet ansvaret for å bidra med undervisning og veiledning av pasienter (2011). Pasienter med smerter kan ha nedsatt konsentrasjonsevne og veiledning bør da individualiseres (Kristoffersen, 2011a). Dette understrekes i *Yrkesetiske retningslinjer for*

*sykepleiere* hvor det påpekes at informasjon skal tilpasses og at sykepleier skal bekrefte at informasjon som er gitt er forstått (NSF, 2019).

Govertsen et al påpeker at rusmiddelavhengige ofte kommer fra miljøer hvor tillit og det å stole på noen er unormalt, og at de derfor er vant til å bli møtt med mistillit (2019). Et mistillitsforhold kan sees i Miller et al sin studie hvor flere sykepleiere oppfattet pasienter som uærlige. Desto mer spesifikt og detaljert pasienter kommuniserte om egen helsetilstand, økte sykepleiers mistanke om at de var utpekerte i måten de kommuniserer på.

Respondentene mente de hadde en annen hensikt enn smertelindring på bakgrunn av at de var så spesifikke (2016). Lignende funn viser i en annen studie til at 29 prosent av sykepleierne har inntrykk av at opioidavhengige prøver å lure sykepleiere når opioidavhengige spør om smertestillende (Li et al., 2012). Disse funnene kan antyde at sykepleiere har forutsatte tanker om personligheten til rusmiddelavhengige. Opioidavhengige kan føle seg krenket og sykepleiere må møte denne pasientgruppen med respekt og trygghet, samt ivareta pasienters integritet (Skoglund & Biong, 2018).

Kristoffersen og Nortvedt påpeker at det profesjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient i første rekke ikke er bestemt av særskilte personlighetstrekk hos pasienten. Det er pasientens særegne fysiske og psykiske behov for helsehjelp sykepleier skal ivareta. Det er et grunnleggende prinsipp at pasienter skal ha lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av sosial status i samfunnet (2011). Pasient- og brukerrettighetslovens formål skal bidra til lik tilgang og rettigheter på helsetjenester. En del av lovens bestemmelser er å fremme tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (1999, § 1-1). Dette tillitsforholdet kan sees igjen ved at tillit er et kriterie for adekvat smertebehandling av rusavhengige og at dette bør etableres ved første møte (Govertsen et al., 2019).

Om sykepleier skal legge til rette for utøvelse av autonomi, må de tro på pasientens egne ressurser og retten til å velge det en selv ønsker (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Derimot viste det seg i en studie at bedømmelse av pasienters smertenivå ble sett på som utfordrende, da smerte er subjektivt. Hvis sykepleiere har lært at pasienters smerte er hva de selv sier, for så å gå imot hva pasient sier, så vil dette potensielt kunne true sykepleieres tillitsforhold med pasienten. Funn fra studien viser at sykepleiere ofte er i slike situasjoner og at sykepleiere står i dilemmaet om å stole på pasienters beskrivelse av smerte eller følge egne vurderinger hver gang smertedata samles inn (Miller et al., 2016). Disse funnene kan settes opp mot Granheim



et al sin studie, som viser til at sykepleiere må bli flinkere til å anerkjenne det pasienten uttrykker om sin egen smerte (2015). Sykepleiere har ansvaret for å dekke pasienters grunnleggende behov, deriblant vurdering og kartlegging av pasienters smerte. Innenfor dette ligger også ansvaret for det relasjonelle forholdet til pasienter (Danielsen et al., 2016) og en god relasjon er viktig for behandlingsresultatet av rusavhengige (Helsedirektoratet, referert i Sælør & Bjerknes, 2018, s. 151). Relasjonen mellom sykepleier og pasient skal være empatisk lyttende og opplevelse av smerter hos pasienter med opioidavhengighet må anerkjennes (Kongsgaard et al., referert i Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

## 6 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har vi forsøkt å besvare problemstillingen om hvilke kunnskaper sykepleier bør ha for å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige pasienter med akutte smerter på sykehus.

Vi har sett på rammeverk som lover, reformer, veiledere for smertelindring og yrkesetiske retningslinjer som skal sikre pasienter med opioidavhengighet helsehjelp på lik linje med andre pasientgrupper, men at de kanskje ikke får dette i praksis. Gjennom studier har vi sett at det er nødvendig med en holdningsendring blant sykepleiere, da pasienter med opioidavhengighet møtes av stigmatiserende holdninger fra sykepleiere. Vi har sett nødvendigheten av en økning av kunnskapsnivå innen smertebehandling av opioidavhengige pasienter. Det kommer også frem at det er mye forskning innen smerte og smertelindring, men ikke spesifikt om pasienter med opioidavhengighet. Dette kan blant annet gjøre det vanskelig for sykepleiere å jobbe kunnskapsbasert, som sykepleier skal gjøre i henhold til de yrkesetiske retningslinjene.

Sykepleier bør inneha kunnskaper om brukermedvirkning, da dette også kan bidra til adekvat smertelindring av pasientgruppen. I oppgaven kommer vi fram til at sykepleier bør inneha kunnskaper om smerte, smertelindring og smertebehandling for å bidra til adekvat smertelindring av pasienter med opioidavhengighet. Dette innebærer blant annet kunnskaper om økt dosebehov, toleranse og opioidavhengighet. Sykepleier bør inneha kunnskap om kommunikasjonsferdigheter for å skape et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, som vil kunne bidra til adekvat smertelindring. Sykepleier bør også være oppmerksom på at egne holdninger kan påvirke kvaliteten av helsehjelpen og dermed omsorgen som gis. Videre bør sykepleier vite at gjeldende retningslinjer som omhandler smertelindring kan begynne å bli utdaterte.

## 7 Referanseliste

- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong. & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 13-20). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Borchgrevink, P. C. & Fredheim, O. M. S. (03. september 2018). L20.1.2 Opioidanalgetika. I *Norsk Legemiddelhåndbok*. Hentet fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L20.1.2/Opioidanalgetika>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Hentet fra <https://www.nb.no/items/ad77d17f2f6c8f3471905e55d78e5747>
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 381-428). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009, 03. april). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, 14(75746). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helsedirektoratet. (2010, august). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/produkter/\\_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-)

fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioidavhengighet%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet. (2014, 28. februar). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

International Association for the Study of Pain (IASP). (14. desember 2017). IASP Terminology. Hentet fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

Kjøll, G. & Nordbø, B. (10. desember 2018). Adekvat. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/adekvat>

Kristoffersen, N. J. (2011a). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 83-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 15-30). 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. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-260. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Lovisenberg diakonale høyskole. (2020, 08. april). Informasjon om tiltak - koronavirus. Hentet 08. april 2020 fra <https://ldh.no/koronavirus/>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, L. E., Eldredge, S. A., Dalton, E. D. (2016). "Pain is What the Patient Says It Is": Nurse-Patient Communication, Information Seeking, and Pain Management. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(10), 966-976. <http://doi.org/10.1177/1049909116661815>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong. & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-43). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (30. januar 2018). Smerte. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/behandlinger/smerte-hva-er-det/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 17-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 2019:26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/78d1c46cd04f42f881e1ad0376c09c2e/no/pdfs/nou201920190026000dddpdfs.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighetsloven. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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. 178-194). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Slørdal, L. (2018a). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng. & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (3. utg., 325-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slørdal, L. (2018b). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng. & O. Spigset (Red.), *Misbruk av legemidler og rusmidler*. (3. utg., 359-368). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong. & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 141-158). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tørnby, L. & Thingnes, G. (2020, 6 mars). Rusmisbrukere stigmatiseres i helsevesenet. *Vårt Land*. Hentet fra

<https://www.vl.no/verdidebatt/rusmisbrukere-stigmatiseres-i-helsevesenet-1.1676949>

VAR Healthcare. (2020). Kartlegging av akutt smerte. I *VAR Healthcare*. Hentet 13. april 2020 fra <https://www.varnett.no/portal/procedure/7722/15>

Verdens helseorganisasjon. (2020). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Hentet 08. april 2020 fra <https://www.who.int/classifications/icd/en/>