

Hva hindrer sykepleier i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet på somatisk sykehus?

Kandidatnummer: 383 & 485
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14

Antall ord: 8915
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 12.14.21
<p>Tittel Hva hindrer sykepleier i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet på somatisk sykehus?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hva hindrer sykepleier i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet på somatisk sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I denne oppgaven vil vi presentere fagkunnskap om opioidavhengighet og smertelindring. Vi vil også beskrive sykepleiers ansvar og rolle relatert til smertelindring av opioidavhengige, og har valgt å inkludere Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. Deretter presenteres ulike lover, retningslinjer og etikk som er relevant for problemstillingen.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave, hvor vi har tatt i bruk allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Den utvalgte litteraturen er funnet fra pensum, skolens bibliotek og gjennom systematiske søk i databasen PubMed.</p> <p><u>Drøfting</u> På bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil resultater og funn fra de utvalgte forskningsartiklene bli drøftet. Sykepleiers kunnskap om den opioidavhengige pasienten, og hvordan en skal gi optimal smertelindring til pasientgruppen blir belyst. Holdninger sykepleiere har til disse pasientene trekkes også frem som en vesentlig faktor for smertelindringen som blir gitt. Til slutt blir andre faktorer som kan ha en innvirkning på smertelindringen til den opioidavhengige pasienten diskutert, som bemanning, ressurser og arbeidsmiljø på somatisk sykehus.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieres manglende kunnskap om smertelindring til opioidavhengige pasienter er et stort hinder i smertelindringen. Sykepleieres holdninger og stigmatisering av pasientgruppen er også et stort hinder, og vi tror den manglende kunnskapen forsterker de negative holdningene. Manglende bruk av kartleggingssystemer gir også mer rom for holdningers innflytelse og feilvurderinger. I tillegg er det flere faktorer på somatisk sykehus som fungerer som hindringer. Arbeidsmiljø, samarbeidet mellom lege og sykepleier, manglende bemanning og ressurser, er faktorer som kan gjøre det vanskeligere for sykepleiere å smertelindre opioidavhengige pasienter optimalt.</p>	

(Antall ord: 284)

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans	1
1.3	Problemstilling	2
1.3.1	Kontekst.....	2
1.3.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.3.3	Begrepsavklaring	2
1.4	Disposisjon	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Opioidavhengighet	4
2.1.1	Opioider	4
2.1.2	Avhengighet.....	4
2.1.3	Opioidabstinens og opioidtoleranse.....	5
2.1.4	Komorbiditet.....	6
2.2	Smertelindring.....	6
2.2.1	Kartlegging og vurdering av smerte	7
2.3	Sykepleie	8
2.3.1	Sykepleiers lindrende funksjon.....	8
2.3.2	Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forhold.....	8
2.3.3	Legemiddelhåndtering	9
2.3.4	Motoverføring.....	10
2.3.5	Stigmatisering	10
2.4	Regelverk og etikk.....	11
2.4.1	De fire prinsippers etikk	11
2.4.2	Yrkesetiske retningslinjer	11
2.4.3	Rusreformen	11
2.4.4	Pasient- og brukerrettighetsloven	12
2.4.5	Helsepersonelloven.....	12
3	Metode	13
3.1	Valg av database og søkeord	13
3.2	Litteratursøk	13
3.2.1	Inklusjonskriterier.....	15
3.3	Øvrig faglitteratur	15
3.4	Kildekritikk	16
3.5	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningsartikler	18
5	Diskusjon.....	21
5.1	Kunnskap.....	21
5.2	Holdninger	24
5.3	Somatisk sykehus	28
6	Avslutning	32
7	Referanseliste	33

1. Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er hvilke hindringer som står i veien for at sykepleier skal gi optimal smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt på somatisk sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er mange pasienter på sykehus som har et avhengighetsproblem til opioider. Ifølge en norsk studie av 1272 personer innlagt på akuttavdelingen på sykehus, ble rundt 20% testet positivt for vanedannende legemidler (Skoglund & Biong, 2018, s. 178). Sannsynligheten for å møte denne pasientgruppen i arbeidslivet som sykepleier er derfor stor. Samtidig finnes det lite kunnskap om hvordan smertelindring til opioidavhengige pasienter faktisk skal foregå, derfor har dette blitt en stor utfordring i praksis (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Vi valgte å skrive om dette tema da begge fant interesse for det, etter ha møtt tilfeller i praksis hvor dette viste seg som en utfordring. Vi har observert helsepersonell som har gitt uttrykk for negative holdninger og fordommer til denne pasientgruppen, spesielt da pasientene var søkende etter sterke smertelindrende medikamenter, og sett hvordan det påvirket smertelindringen til pasientene.

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Smerter er den vanligste årsaken til at personer tar kontakt med helsevesenet. Rundt 50% av alle voksne som oppsøker en lege, opplever smerter. Sykepleiere har en viktig funksjon og ansvar i smertelindringen av pasienter. Det er sykepleier som har ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov gjennom datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av smerten, administrasjon av ordinerte legemidler, og vurdering av tiltakenes virkning (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 381-382).

1.3 Problemstilling

Formålet med oppgaven vår er å finne ut hva som hindrer sykepleiere i å gi optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet på somatisk sykehus. Gjennom å utforske faktorene som hindrer sykepleiere i å gi optimal smertelindring, vil det skape bevissthet og gi mulighet til forandring og forbedring.

«Hva hindrer sykepleier i å gi optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet på somatisk sykehus?»

1.3.1 Kontekst

Dette er en litterær oppgave hvor vi tar for oss pasienter med en opioidavhengighet innlagt på somatisk sykehus med smerter.

1.3.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til somatisk sykehus, da pasientene vi tar for oss er pasienter med en opioidavhengighet som er innlagt på sykehus med en somatisk sykdom eller skade som forårsaker smerte. Pasientene er ikke lagt inn på grunn av opioidavhengigheten direkte, selv om det ikke utelukkes at det kan ligge til grunn for den somatiske sykdommen.

I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss opioidavhengige pasienter, og vil fokusere på sykepleiers lindrende funksjon i sammenheng med smertelindring til pasientgruppen.

Opioidavhengighet er en undergruppe til rusmiddelavhengighet, og det er viktig å bemerke at flere personer med opioidavhengighet også kan misbruke andre rusmidler. Vi kommer derfor til å bruke både begrepet «opioidavhengig» og «rusmiddelavhengig» om hverandre gjennom hele oppgaven, ettersom det til tider vil være litteratur og forskning som beskriver kunnskap som omhandler rusavhengige og derav også opioidavhengige.

1.3.3 Begrepsavklaring

Opioid: Stoffer som har virkning på opioidreseptorer i sentralnervesystemet, og gir en sterk smertelindrende effekt (Morland & Waal, 2017, s. 167).

Smerte: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som

følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.» (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Rusmiddelavhengighet: Langvarig gjentakende bruk av rusmidler til tross for erfaringer, sanksjoner og fordømmelse som gjør at brukeren ønsker å slutte, men likevel ikke klarer det (Morland & Waal, 2017, s. 20).

Opioidavhengighet: Langvarig gjentakende bruk av store mengder opioider som oppleves ukontrollert og kan føre til skade (Kraft, 2016, s. 24).

1.4 Disposisjon

I kapittel 2 presenteres faglig kunnskap, teoretiske rammer og perspektiver som ligger til grunn for hva som vil bli drøftet for å belyse problemstillingen. Metoden vi har brukt for oppgaven kommer i kapittel 3, hvor vi beskriver blant annet fremgangsmåten for litteratursøkene som er blitt gjort. I kapittel 4 presenteres forskningsresultatene som besvarer problemstillingen i en artikkelmatrise. Oppgavens diskusjonsdel kommer i kapittel 5 hvor argumenter og synspunkter underbygges med relevant litteratur, valgt teori, juridisk og etisk kunnskap, samt rammefaktorer i praksis. Til slutt blir fremtredende funn fra drøftingen oppsummert og de viktigste momentene i oppgaven benyttes til å besvare problemstillingen i kapittel 6.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil vi presentere relevant fagkunnskap om opioidavhengighet, smertelindring, smertekartlegging, og sykepleiers rolle i forhold til den lindrende funksjon. Vi vil også beskrive Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet. Og til slutt vil vi presentere relevante lover, regelverk og etikk, som er av betydning for problemstillingen vår.

2.1 Opioidavhengighet

Det er stor sannsynlighet for sykepleier å møte en pasient med opioidavhengighet på somatisk sykehus, da pasientgruppen ofte blir innlagt med relatert skade eller sykdom (Mørland & Waal, 2017, s. 181).

2.1.1 Opioider

Opioid er fellesbetegnelsen på alt av smertestillende midler som har samme virkning som morfin. Morfin, kodein, metadon og heroin er vanlige eksempler på opioider. Opioider fungerer ved å feste seg til opioidreseptorer og stimulerer disse. Det blir også omtalt som «sentralt virkende analgetika», da den har effekt i sentralnervesystemet (Slørdal & Rygnestad, 2013, s. 344). Den smertelindrende effekten til opioider er den viktigste effekten til alle opioider. Et opioid kan likevel ha andre virkninger. De kan heve stemningsleie, redusere det kognitive og psykomotoriske i tiden rett etter inntak, og kan føre til konfusjon og hallusinasjoner spesielt hos eldre. Noen eksperimentelle undersøkelser viser at morfin og heroin kan føre til økt aggresjon. Opioider kan også gi mindre pupiller, redusert bevissthet, døsigheit og sedasjon, og en langsommere pustefrekvens (Mørland & Waal, 2017, s. 162-163). Generelt er det vanligvis ikke merkbart at pasienten er påvirket av opioider, annet enn at de kan virke noe mer avslappet og sløv i forhold til det som er passende situasjonen (Mørland & Waal, 2017, s. 168).

2.1.2 Avhengighet

Ifølge WHO sitt diagnosesystem, ICD-10, vurderes en person som opioidavhengig dersom en ved gjentatte ganger bruker store mengder opioider over lengre perioder, eller om bruken blir skadelig. Det blir også sett på som en avhengighet dersom personen som bruker opioider utvikler sug etter mer rusmidler, får abstinenser eller stadig økt toleranseutvikling. Andre

faktorer som også spiller inn er dersom bruken går på bekostning av hverdagslige oppgaver eller om personen setter av mye tid og penger til anskaffelse av rusmidlene (Kraft, 2016, s. 24). Opioider kan fremtrede eufori. Det vil si en følelse av ro og velvære. Et kjent problem som kan forekomme av dette er avhengighet. Det er vanskelig å anslå et eksakt tall på hvor mange som har et avhengighetsproblem relatert til opioider i Norge, men det kan dreie seg mellom 5000 og 10000 mennesker (Slørdal & Rygnestad, 2013, s. 379). Regelmessig bruk av opioider vil føre til nevroplastiske tilpasninger allerede etter noen få uker. Dermed vil stoffet begynne å oppleves enda mer attraktivt for brukeren og det kan bli vanskeligere å kontrollere bruken (Mørland & Waal, 2017, s. 163).

2.1.3 Opioidabstinens og opioidtoleranse

Personer med opioidavhengighet kan opparbeide seg ulike tilstander som opioidtoleranse, opioid-medført hyperalgesi og opioidabstinens. Opioidreseptorer og nevroner har en stor regulerende virkning på kroppen, og et stort forbruk vil derfor kunne føre til flere nevroadaptive endringer, det vil si tilpasninger i nervesystemet. Dette er grunnen til at noen opioidavhengige utvikler opioidmedført hyperalgesi. Hyperalgesi går ut på at personer opplever unormalt høy følsomhet ved smerte på grunn av økt følsomhet i fibre som registrerer smerte i et område (Danielsen et al., 2016, s. 388).

Disse nevroadaptive endringene er også grunnen til at opioidabstinens oppstår når nivået av opioider i blodet hos en opioidavhengig senkes. Opioidabstinens kan gi motsatt reaksjon av det opioider gjør, og derfor blant annet føre til en økt smerteopplevelse og redusert stemningsleie. Det finnes et registreringsskjema for å kartlegge graden og omfanget av opioidabstinens. Skjemaet heter COWS og står for Clinical Opioid Withdrawal Scale. Det måler blant annet gastrointestinale plager, skjelving, angst og irritabilitet, og ledd og bensmerter (Mørland & Waal, 2017, s. 169).

Opioider har evnen til å medføre overdose og død, gjennom at opioidene gir virkninger som nedsatt bevissthet og nedsatt hostereflekser, som igjen kan føre til dårlig lungeventilasjon og koma. Det er stort sannsynlig for opioidavhengige å utvikle opioidtoleranse. Opioidavhengige som utvikler en toleranse kan ta doser som vanligvis kunne ført til en overdose uten risiko. Opioidtoleransen fører også til at smertevirkningen til opioidene blir mindre, og pasienten

trenger høyere og hyppigere doser for å ha den samme smertelindrende effekten (Mørland & Waal, 2017, s. 164).

2.1.4 Komorbiditet

Når pasienter med rusmiddelavhengighet legges inn på sykehus presenterer de ofte en bestilling, men har flere andre somatiske og/eller psykiske problemer i tillegg. Det er derfor viktig at helsepersonell er nøye når de kartlegger og diagnostiserer pasienten. Komorbide tilstander har implikasjoner for behandlingen av pasienter, og behandlingen vil bli feil hvis det kun blir fokusert på ett problem. De forskjellige lidelsene til pasienten skal behandles parallelt og integrert (Johansen & Bramness, 2018, s. 119).

2.2 Smertelindring

Smerte er en sammensatt opplevelse, som blir påvirket av flere faktorer som enten forverrer eller reduserer smerteopplevelsen. Ifølge International Association for Study of Pain (IASP) er smerte alltid subjektivt. Det innebærer at det kun er den personen som er i smerter, som kan vite hvordan smerten oppleves, da smertestimulus kan gi varierende smerteopplevelse hos forskjellige individer, i tillegg vil graden av smerte variere, ut ifra ulike situasjoner (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Siden smerteopplevelsen er så subjektiv, vil den være utilgjengelig for andres kontroll og vanskelig å definere. Det er pasienten selv som føler på smerten og som kan beskrive hvordan den oppleves, ved å fortelle hvor intens den er eller hvor lenge den varer. Selv om pasienten prøver å formidle smertene sine til sykepleier, kan beskrivelsen bli ufullstendig, da smerteopplevelsen til pasienten ofte rommer mer smerte enn det pasienten klarer å gi uttrykk for. Dersom sykepleier ikke oppfatter pasientens beskrivelse av smerte som pålitelig, kan det gi pasienten en følelse av hjelpeløshet og fortvilelse. Personer med en opioidavhengighet er en pasientgruppe som normalt blir forhåndsdømt og stigmatisert. Sykepleiere har ofte mistro og manglende tillit til denne pasientgruppen når de forteller om hvordan de opplever smertene de er innlagt med. Å ikke bli trodd på sine ord kan være verre å bære enn selve smerten (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Det finnes relativt lite dokumentert kunnskap om hvordan smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet skal utføres. Dette er derfor et utfordrende problem i klinisk praksis. Flere

sykehus har derfor laget egne retningslinjer for hvordan smertelindring til denne pasientgruppen skal gjennomføres (Skoglund & Biong, 2018, s.186). Ved bruk av forskningsbasert kunnskap og vitenskapelig årsaksforklaringer i sykepleiepraksis kan sykepleier lettere øke forståelsen av og respekten for den opioidavhengige pasientens smerteopplevelse, og dermed gjennomføre målrettede handlinger for å lindre smerte (Danielsen et al., 2016, s.382).

2.2.1 Kartlegging og vurdering av smerte

Kartlegging og vurdering av smerte er avgjørende for at sykepleier skal kunne gi pasienten optimal og tilfredsstillende smertelindring. Sykepleier trenger informasjon om pasientens smerte for å kunne ta en vurdering. Pasienten kan gi denne informasjonen ved å beskrive sin smerteopplevelse og hvor smerten er lokalisert. Kvalitet, intensitet, variasjon og varighet av smerten er også nødvendig informasjon. Ved å ta i bruk kartleggingsverktøy for smerte, vil pasienten bevisstgjøres, slik at en kan identifisere hva som lindrer smertene og hva som forsterker den (Danielsen et al., 2016, s.388). Vurderingene som blir gjort kan sammenlignes fra gang til gang, for å finne hvilken effekt smertebehandlingen har gitt (Danielsen et al., 2016, s.390).

Det finnes ulike skjemaer og skalaer som kan brukes til vurderingen av smerte. Skalaene som egner seg best i bruk til smertekartlegging av opioidavhengige pasienter er VAS (visuell analog skala), NRS (visuell numerisk skala) og VRS (verbal skala). Visuell skala er en linje med intervaller fra 0 til 10, hvor 0 tilsvarer ingen smerter, mens 10 tilsvarer uutholdelige smerter. En verbal skala derimot er en linje hvor ordene «ingen smerte», «mild smerte», «moderat smerte» og «verst tenkelig smerte» er plassert. Pasienten skal plassere sin smerte på det ordet som stemmer best (Danielsen et al., 2016, s.390). Hos pasienter som ikke har språk eller som ikke klarer å beskrive smerteopplevelsen verbalt, må sykepleier se etter nonverbale atferdsmessige indikatorer på smerte. Sykepleier kan bruke ansiktsskala (faces pain rating scale, FPS) eller et kroppskart. I en ansiktsskala er det tegninger av ulike ansiktsuttrykk, der de forskjellige ansiktene uttrykker ulik grad av smerte. Ved bruk av et kroppskart får pasienten en tegning av forsiden og baksiden av en kropp, og skal markere de områdene på kroppen hvor pasienten opplever at smerten sitter (Danielsen et al., 2016, s.391).

2.3 Sykepleie

Virginia Henderson var en amerikansk sykepleier som er kjent for å ha utviklet teorier som har hatt stor betydning for sykepleieprofesjonen. Henderson har klart å lage en definisjon på hva sykepleie er etter oppfølging av Florence Nightingales arbeid. Den går ut på at sykepleiers funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, i å dekke sine grunnleggende behov på en måte som vil bidra til gjenvinning av helse og selvstendighet (Mathisen, 2016, s.126).

Virginia Henderson mente at god sykepleie kommer av gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må bli godt kjent med pasienten for å forstå pasientens behov bedre og til å vurdere hva som har størst betydning for pasienten. Dersom sykepleiers egne følelser hindrer forståelsen av pasienten og dens situasjon, vil ikke pasienten få den hjelpen som behøves og pasienten påføres unødvendig lidelse (Mathisen, 2016, s.135).

2.3.1 Sykepleiers lindrende funksjon

Sykepleier har en lindrende funksjon som går ut på å begrense pasientens opplevelse av fysisk, psykisk og sosial belastning i størst mulig grad. For at sykepleier skal ivareta den lindrende funksjonen må sykepleier ha fokus på pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaringer knyttet til egen sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2017, s.22).

2.3.2 Joyce Travelbee: Menneske-til-menneske-forhold

I følge Joyce Travelbee har sykepleiere som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienter. Det kjennetegner at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike mennesker, og da kan det oppstå en kontakt. For å skape dette forholdet, kreves det at sykepleier evner å reflektere over egne tanker, følelser og erfaringer. Forholdet etableres etter at sykepleier og pasient har gått gjennom fire faser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse (Travelbee, 2003, s.171-172).

Fase 1: Det innledende møtet

Det innledende møtet tar sted når pasient og sykepleier møtes for første gang. Under dette møtet vil sykepleier lage seg egne meninger og antagelser om pasienten, og pasienten vil gjøre det samme. Ut fra disse meningene og antagelsene vil visse følelser oppstå hos pasient og sykepleier. Den første oppfatningen som dannes her kalles førsteinntrykket og her

observeres verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er viktig for sykepleier å observere godt slik at det vil være mulig å gjøre gode vurderinger og beslutninger. Tankene og følelsene som blir skapt hos sykepleier og pasient vil nemlig danne grunnlaget for interaksjonen mellom de to i fremtiden (Travelbee, 2003, s.186).

Fase 2: Framvekst av identiteter

I denne fasen settes det fokus på å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, og samtidig etablere en tilknytning til hverandre. Her vil både sykepleier og pasient begynne å betrakte hverandre som individer istedenfor kategorier. Likevel vil interaksjonen mellom de to fortsatt være basert på hvordan pasienten påvirker sykepleier, og motsatt (Travelbee, 2003, s.188-189).

Fase 3: Empati

Empati er evnen til å sette seg inn i andres psykiske tilstand. Det er en prosess som krever at sykepleier evner å se forbi ytre atferd og se pasientens indre opplevelse på tidspunktet. Gjennom å ta del i andres sinnstilstand vil det være mulig å umiddelbart oppfatte betydningen av hva den andre tenker og føler i situasjonen, uten å tenke og føle det samme. Empati vil hjelpe sykepleier å kunne forutsi pasientens atferd (Travelbee, 2003, s.193).

Fase 4: Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse kommer fra empati, men tar også med seg en trang til å lindre plager. Gjennom sympati og medfølelse vil sykepleier evne å forstå pasientens plager, og bli påvirket av pasientens følelser og opplevelser på en måte som skaper et ønske om å lindre disse plagene. På grunn av de følelsene som blir delt, vil forholdet mellom de to bli forsterket, og gjøre at pasienten opplever at sykepleier bryr seg og er genuint interessert i pasientens følelser og opplevelser (Travelbee, 2003, s.200-201).

2.3.3 Legemiddelhåndtering

Sykepleiere er strafferettslig ansvarlig for arbeidet de utfører. Samtidig er det virksomhetslederen som er ansvarlig for å delegere ansvar til sykepleier, og passe på at sykepleier har kompetansen til å utføre de delegerte oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Mellom lege og sykepleier er det alltid legen som har ansvaret for å starte, endre eller

seponere legemiddelbehandlingen. En sykepleier kan ikke dele ut et legemiddel dersom legen ikke har skriftlig signert en ordinasjon (Bielecki & Børdahl, 2017, s.26)

2.3.4 Motoverføring

Motoverføring og overføring står sentralt i møtet med den enkelte pasient. Motoverføring handler om helsepersonellens følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige reaksjoner på en bestemt pasient. Motoverføringsreaksjoner er som regel ubevisst og starter gjerne før sykepleieren møter pasienten, ofte hos pasienter som blir stigmatisert, som for eksempel opioidavhengige. Sykepleiere reflekterer vesentlig lite over egne reaksjoner i forhold til pasienten. Hvordan sykepleiere reagerer følelsesmessig eller kognitivt på den enkelte pasienten er det lite fokus på, spesielt når sykepleier har negative følelser overfor pasienten. Pasienten selv vil også ha tanker og følelser rundt personalet på avdelingen, og visse forventninger og holdninger gjerne ut i fra opplevelser og erfaringer fra tidligere innleggelser på sykehus (Shaygani, 2017).

2.3.5 Stigmatisering

Som sykepleier er det viktig å kunne reflektere over egne holdninger og menneskesyn, og hvordan det påvirker behandlingen og interaksjonen med pasienter. Når sykepleiere er i samtale med pasienter har sykepleiers holdning mye å si for hvordan pasienten responderer. Disse holdningene kan endres gjennom undervisning og opplæring (Christiansen, 2018, s.162). Stigma handler om at personer har egenskaper eller kjennetegn som gjør at de skiller seg fra det som anses som sosialt akseptert. Stigmatisering fører derfor ofte til diskriminering (Ingstad, 2018, s.129). Stigmatisering er en av årsakene til at sykepleiere pådrar seg negative holdninger til opioidavhengige, da rusmiddelavhengighet har fått relasjon med følelse av skam og skyld (Ytrehus, 2018, s.260).

2.4 Regelverk og etikk

Sykepleiere har flere lover og retningslinjer de er pliktige til å følge, for å utøve faglig og forsvarlig sykepleie til pasienter.

2.4.1 De fire prinsippers etikk

På slutten av 1970-tallet kom ulike yrkesgrupper som arbeidet i en medisinsk etisk kommisjon til enighet om fire etiske prinsipper: autonomi (plikten til å respektere autonome personers beslutninger), velgjørenhet (plikten til å gjøre godt mot andre), ikke skade prinsippet (plikten til å ikke skade andre) og rettferdighet (plikten til å behandle like tilfeller likt, og til å fordele ressurser rettferdig). Disse skulle være til hjelp dersom utfordrende medisinsk-etiske spørsmål skulle oppstå (Brinchmann, 2016, s.85).

2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, samfunn og arbeidssted. Sykepleier har ansvar for ivaretagelsen av pasientenes liv, verdighet og muligheter. Det innebærer at sykepleier må handle faglig forsvarlig, men også på en moralsk forsvarlig måte, yrkesetiske retningslinjer er med på å opprettholde denne forsvarligheten. (Sneltvedt, 2016, s.99). Omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskets rettigheter er grunnleggende verdier i de yrkesetiske retningslinjene. Å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død er sykepleiers plikt (Sneltvedt, 2016, s.100).

2.4.3 Rusreformen

I 2004 kom rusreformen som ga rusmiddelavhengige pasientrettigheter på lik linje som andre pasienter, og ga spesialhelsetjenesten ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling. I sammenheng med rusreformen, ble det laget en handlingsplan av regjeringen. Den sa blant annet at regjeringen skulle arbeide for et inkluderende samfunn, at samfunnet har et ansvar for å hjelpe de i nød, og at hjelpeinnsatsen skulle fokusere på den individuelle behov og tilpasse seg etter pasientene (Ervik & Biong, 2018, s.62). 19. februar 2021 kom det nye endringer i rusreformen. De nye lovendringene går ut på at personer som blir tatt for ulovlig bruk av rusmidler, skal fra nå av få hjelp, behandling og oppfølging, kontra straff (Prop. 92 L (2020-2021)).

2.4.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven sier at «pasienter har rett til nødvendig helsehjelp av spesialhelsetjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 b). Pasient har også rett til medvirkning i undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det skal tilrettelegges slik at pasienten kan medvirke tilpasset pasientens evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.4.5 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven skal bidra til pasientenes sikkerhets og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1.) I følge helsepersonelloven § 4 (1999), forventes det at helsepersonell utøver faglig forsvarlig arbeid og gir omsorgsfull hjelp til pasientene, ut fra egne kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon.

3 Metode

Dette er en litterær oppgave hvor vi har tatt i bruk ulike forskningsartikler, teori og fagkunnskap for å besvare vår problemstilling, ved å sette lys på både sykepleiers og pasientens opplevelse av smertelindring og avhengighet. Vi har valgt å benytte egen erfaring fra sykepleiestudiet og praksis som grunnlag for vår problemstilling (Dalland, 2012, s.203).

3.1 Valg av database og søkeord

Vi har brukt PubMed som database for å finne forskningsartikler med relevans for vår oppgave. PubMed er en database som inneholder referanser fra over 5500 medisinske og helsefaglige tidsskrifter, og er den mest brukte blant helsepersonell (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2021).

For å spesifisere søket vårt og finne frem til de mest aktuelle artiklene, brukte vi tid på å velge passende søkeord og kombinasjoner av ord. Vi valgte å bruke «opioid addiction» fordi det beskrev pasientgruppen som vi har valgt å fokusere på i oppgaven. Det var likevel begrenset hvor mye relevant litteratur vi kunne finne med dette søkeordet, og brukte derfor ordet «substance use» som et bredere begrep, men som fortsatt omfatter pasientgruppen. I tillegg brukte vi ordet «pain management» for å finne artikler som tok for seg smertelindring. For å finne artikler som fokuserte på ulike aspekter og utfordringer knyttet til smertelindring av opioidavhengige, valgte vi å bruke ord som «nurses' attitudes», «ethical issues», «patients' experience» og «competence».

3.2 Litteratursøk

Vi valgte å kombinere søkeordene med den boolske operatoren «AND». Da fikk vi treff på forskningslitteratur som inkluderer alle søkeordene vi ønsket (Thidemann, 2015, s.87).

Deretter så vi gjennom titlene på treffene som dukket opp, og valgte å begrense søket til «full text» og maksimalt publisert siste ti år, slik at det ville være færre treff å lete gjennom, og at alle artiklene hadde full tilgjengelighet.

Tabell 1 – Litteratursøk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	22.03.21	PubMed	«Pain management» AND «Ethical Issues» AND «Substance Use»	137	Full text, siste 10 år	103	Morley, G., Chumbley, G. M. & Briggs, E. V. (2019) «You wouldn't do that to an animal, would you? Ethical issues in managing pain in patients with substance dependence»
2	05.12.2020		«Pain management» AND «Substance Use» AND «Nurses' attitudes»	41	Full text	39	Morley, G, Briggs, E. & Chumley, G. (2015) «Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study»
3	12.03.21		«Pain relief» AND «Substance abuse» AND «Patients' Experience»	58	Full text	56	Morgan, B. D. (2006) «Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief»
4	22.03.21		«Competence» AND «Opioid Addiction» AND «Pain Management»	172	Full text, siste 10 år	152	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015) «Nurses' Competence in Pain Management in Patients With Opioid Addiction: A Cross-sectional Survey Study»
5	05.12.20		«Pain management» AND «Substance Use» AND «Nurses' Attitudes»	41	Full text	39	Morgan, B. D. (2014) «Nursing Attitudes toward Patients Substance Use Disorder in Pain»

3.2.1 Inklusjonskriterier

Vi valgte å bruke disse fem artiklene ut fra noen inklusjonskriterier. Studiene vi har valgt tar kun for seg sykepleiere som jobber på eller pasienter innlagt på sykehus, ikke andre helsetjenester eller institusjoner, ettersom dette var nødvendig for å ha relevans til oppgavens problemstilling.

I leting etter artikler har vi sett på artikkelstrukturen, for å gjøre lesningen mer effektiv. Vi har brukt IMRaD-strukturen (Introduction, Method, Results, and, Discussion) for lettere å kunne finne informasjonen vi var ute etter, i tillegg forsikre oss om at artiklene vi valgte var forskningsartikler (Thidemann, 2015, s.66). Alle de fem valgte forskningsartiklene er kvalitative studier. Kvalitative studier har som hensikt å belyse blant annet menneskers egenskaper, kunnskaper, holdninger og forventninger (Thidemann, 2015, s.76). Dette var et bevisst valg vi tok, ettersom kvalitative studier ga mer relevant kunnskap til å besvare problemstillingen vår enn kvantitative studier kunne gjøre. Fire av artiklene vi har valgt er alle fra under ti år tilbake. Dette valgte vi å gjøre slik at litteraturen ville være så oppdatert og relevant for vår tid som mulig.

3.3 Øvrig faglitteratur

For å vurdere om artiklene vi fant var relevante for vår problemstilling har vi lest det abstrakte sammendraget for å effektivt kunne luke ut irrelevante artikler. Utenom forskningsartikler har vi tatt i bruk ulike fagbøker og forskrifter fra Lovdata. Faglitteraturen vi har valgt å ta i bruk har vi funnet i Lovisenberg diakonale høgskoles (LDH) bibliotek gjennom Oria og pensumbøker fra tidligere semestre.

3.4 Kildekritikk

Vi har vært kritiske til kildene vi har funnet i skriveprosessen, og brukt kildekritikk til vurdering av de utvalgte artiklenes relevans, faglighet og troverdighet. Ved bruk av kildekritikk vil oppgavens problemstilling bli faglig besvart, og vil være troverdig for leser (Dalland, 2012, s.204).

Vi har forsikret oss om at artiklene vi har brukt til å besvare oppgaven er fagfellevurdert gjennom «Register for vitenskapelige publiseringskanaler» (NSD, 2021). Vi har kun brukt databasen PubMed for å søke etter forskningslitteratur, dette kan ha ført til at vi har gått glipp av noe relevant forskningslitteratur. Alle artiklene er skrevet på engelsk og det kan derfor også ha oppstått feiltolkninger når vi har lest og oversatt det til norsk. Alle forskningsartiklene er kvalitative studier, og tar for seg et begrenset antall deltakere. Dette gir en svakhet til resultatene av studiene, ettersom resultatene kan være en refleksjon av individuelle erfaringer over generelle erfaringer i helsevesenet. Resultatene i studiene er likevel forsterket gjennom at flere av studiene bygger opp hverandres argumenter.

Morgan (2006) er relativt gammel. Vi ønsket i utgangspunktet ikke å bruke artikler eldre enn ti år, da vi ville formidle oppdatert kunnskap og det vi mente var relevant for tiden vi lever i nå. Til tross for begrensningen vi ønsket på ti år, bestemte vi oss likevel for å ta artikkelen i bruk i besvarelsen av oppgaven. En av årsakene til dette var at vi ønsket forskning som beskrev pasientenes perspektiv. Det var begrenset hvor mye relevant forskning det var å finne på det området, og denne artikkelen dekket det behovet. Likevel er vi klar over at publiseringstidspunktet til artikkelen skaper en svakhet rundt artikkelens argumentasjon og beskrivelser. Et annet argument for hvorfor vi valgte å bruke artikkelen var at den ble referert gjentatte ganger i den andre artikkelen til Morgan (2014) som vi også tok i bruk. Når vi tok i bruk artikkelen i drøftingen, har vi vært oppmerksomme på at publiseringstidspunktet kan ha en del å si for noen av holdningene og situasjonene som blir beskrevet. Dette har vi prøvd å bruke til vår fordel for å drøfte rundt endringer som har skjedd i helsevesenet og ruspolitikken i Norge de siste femten årene og hvordan de har påvirket holdninger, kunnskap og behandlingen av pasientgruppen. Morgan viser seg også å være troverdig da hun har en doktorgrad i sykepleie, er spesialist i psykiatrisk klinisk sykepleie, og jobbet med personer som hadde en rusavhengighet. Hun har beskrevet erfaringer og kunnskap hun og andre har opparbeidet gjennom mange år i helsevesenet som sykepleier som var relevant for vår problemstilling (Umass Lowell, u.å.).

3.5 Etiske vurderinger

Vi har tatt hensyn til taushetsplikten da vi har drøftet egne erfaringer og opplevelser fra praksis. Taushetsplikten står i helsepersonelloven og sier at helsepersonell skal hindre at opplysninger om pasienter blir utgitt (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Arbeidsplass, ansatte og pasienter er derfor omtalt med respekt og holdt anonymisert, slik at ingen beskrivelser i oppgaven kan bli identifisert.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Her presenterer vi fem forskningsartikler vi har tatt utgangspunkt i for å besvare vår problemstilling. Fire av de fem artiklene tar for seg sykepleiernes perspektiv og en artikkel tar for seg perspektivet til pasienter med rusavhengighet. Artiklene legger vekt på sykepleiernes holdninger til pasientgruppen, og hvilken effekt det har på behandlingen til pasientene. Faktorer som kunnskap, erfaring, stigmatisering og klimatisering ble lagt vekt på som årsak til at sykepleierne ikke ga pasientene optimal smertelindring.

Tabell 2 – Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Morley, G., Chumbley, G. M. & Briggs, E. V. (2019)	You wouldn't do that to an animal, would you? Ethical issues in managing pain in patients with substance dependence.	British Journal of Pain	Hensikten med studien var å finne de etiske problemene som oppstod under håndtering av pasientgruppens smerte.	Kvalitativ metode: En beskrivende fenomenologiske studie av sykepleiers erfaringer med å jobbe med rusavhengige pasienter med smerter.	Studien kom frem til at flere sykepleiere hadde vanskeligheter med å balansere motstridende etiske prinsipper, da de ga smertebehandling. Sykepleierne ga heller ikke pasientene den veiledningen eller informasjonen de trengte. Studien konkluderte med at nasjonale retningslinjer som tar for seg etiske problemstillinger rettet mot opioider og smerter, og tilleggskursutdanning for før- og etterregistrering var påvirkende faktorer.
2	Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015)	Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study.	Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain	Undersøke sykepleiernes erfaring med å jobbe med rusavhengige i smerte, og se på barrierene som finnes mellom	Kvalitativ metode: En beskrivende fenomenologisk tilnærming gjennom erfaringsbaserte intervju med sykepleiere som hadde jobbet med	Studien fant at flere sykepleiere erfarte at pasientene var vanskelige og ikke viste medvillighet, Samtidig var de fleste sykepleierne klar over at pasientene hadde individuelle kliniske

			Management Nurses	sykepleier og pasient.	smertelindring til rusavhengige.	problemer som måtte tas hensyn til. Faktorer som spilte en rolle for smertebehandlingen: Økt erfaring, om pasienten hadde søkt hjelp,,samarbeid med legen, mistanke, toleranse og miljøpress.
3	Morgan, B. D. (2006)	Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief.	Pain Management Nursing	Å oppdage suksessene og hindringene for tilstrekkelig smertebehandling, og å forstå pasienters forhold og/eller interaksjoner med sykepleierne under prosessen med å søke om smertelindring.	Kvalitativ metode: Intervju av 18 pasienter på sykehus som alle var rusavhengige og var lagt inn for smertefulle medisinske eller kirurgiske problemer.	Studien beskrev at pasientene opplevde at det var vanskelig for dem å få anerkjennelse av sykepleierne for den smerten de opplevde. Flere pasienter opplevde at sykepleierne viste lite respekt for dem og at deres behov, følelser og smerte gikk ubemerket. Pasientene mente sykepleierne manglet kunnskap og kompetanse om avhengighet og smertelindring. De beskrev og en forventning om å få negative reaksjoner fra sykepleierne på grunn av tidligere opplevelser.
4	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015)	Nurses' Competence in Pain Management in Patients With Opioid Addiction: A Cross-sectional Survey Study.	Nurse Education Today	En norsk pilotstudie med hensikt om å undersøke sykepleieres kunnskap om smerte og kompetansen til å gi smertebehandling til pasienter med en	Kvalitativ metode: Selvadministrert spørreskjema ble brukt, hvorav 64 sykepleiere ved medisinsk enhet og 34 sykepleiere ved ortopedisk avdeling deltok.	Studien kom frem til at sykepleiere har manglende kompetanse til å kunne vurdere og behandle pasienter med Opioidavhengighet. Sykepleierne i studien hadde lite tillit og dårlige holdninger til pasientene. De fleste sykepleierne mente at pasientene overdrev smertene sine og

				opioidavhengighet.		ga uærlige beskrivelser av effekten av smertestillende. De fleste sykepleierne innrømmet at de manglet nødvendig kunnskap. Det kom også frem at erfaring fra arbeidsplassen var den viktigste influensen på sykepleierens kompetanse.
5	Morgan, B. D., (2014)	Nursing Attitudes toward Patients Substance Use Disorder in Pain	Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses	Undersøke og utvide kunnskapen om sykepleieres holdninger og interaksjoner med pasienter med rusproblemer som opplevde smerte.	Kvalitativ metode: Intervju av 14 sykepleiere på sykehus som jobber med rusavhengige i smerte. I tillegg ble en sykepleier spesialisert i avhengighet intervjuet.	Studien beskrev flere faktorer som påvirket sykepleierens holdning: erfaring, kulturell bakgrunn, utdanning, personlig erfaring med smerte, families holdninger, og egne verdier rundt smerte og avhengighet. Pasientens smerte atferd og andre barrierer som dårlig dokumentasjon, manglende ressurser og for få på jobb, spilte også en viktig rolle.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vi tar for oss ulike hindringer sykepleier står overfor, når det kommer til å gi optimal smertelindring til en opioidavhengig pasient innlagt på somatisk sykehus. Her ser vi blant annet på hvilke holdninger og fordommer sykepleiere har til pasientgruppen, samtidig hvor god kunnskap det er rundt hvordan sykepleier skal smertelindre en pasient med et avhengighetsproblem til opioider. Videre i kapittelet kommer vi mer inn på andre faktorer som kan være til hinder for smertelindringen, som arbeidsmiljø blant kollegaer, ressurser på sykehus og stigmatisering i samfunnet. Teorien til Joyce Travelbee om mellommenneskelige forhold blir også drøftet, samt motoverføring mellom sykepleier og pasient.

5.1 Kunnskap

Sykepleier har et stort ansvar i smertelindringen av pasienter. Det er ikke alle pasienter det er like lett å gi en tilfredsstillende smertelindring, som for eksempel hos opioidavhengige, som kan gjøre det moralsk utfordrende for sykepleier (Danielsen et al., 2016, s.382). Studie har vist at følelsen av smerte er opptil to til seks ganger større hos pasienter med en opioidavhengighet (Morgan, 2014). Å kunne gi optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet er en kompleks utfordring som krever høy kompetanse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). I studien til Morgan (2006) kommer det frem at sykepleierne hadde manglende kunnskap om både smertebehandling og avhengighet. Pasienter med en opioidavhengighet kan oppleve lidelser som opioid-medført hyperalgesi, opioidabstinens og opioidtoleranse. Dette gjør at pasientene har en senket smerteterskel enn normalt, og derfor kan reagere mer enn andre på smertestimuli. Uten kunnskap om dette kan ofte pasientenes smerte bli undervurdert og underbehandlet av sykepleiere (Mørland & Waal, 2017, s.322).

Det finnes flere kunnskapshull i sykepleiernes kompetanse når det kommer til evaluering og behandling av smerte til pasienter som har en avhengighet til opioider. Blant disse manglene er det utilstrekkelig kompetanse til vurdering av grad og årsak til smerte, og uvitenhet om riktig ivaretagelse av pasientene som er gjennomgående (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Flere sykepleiere er også for dårlig til å benytte vurderingsskjemaer eller skalaer som systematisk hjelpemiddel for kartlegging av pasientens smerter, for eksempel NRS, i tillegg til mangelfull dokumentasjon, noe som var til hinder for god kvalitet på smertelindringen pasientene fikk (Danielsen et al., 2016, s.383). Henderson påpeker at en dyktig sykepleier må være selvstendig og ha opparbeidet god nok kompetanse til å kontinuerlig ta vurderinger som

er til det beste for pasienten, i tillegg til å evaluere effekten av sykepleien som blir gitt. Ved jevnlig kartlegging og dokumentasjon av pasientens smerte kan kvaliteten på sykepleien og smertebehandlingen lettere forbedres. Effekten av smertebehandlingen kan fra gang til gang evalueres opp mot smertekartleggingen og dokumentasjonen. Dersom smertelindringen ikke fungerer til sin hensikt, må tiltakene revurderes (Mathisen, 2016, s.138). Ferdigheter relatert til å evaluere ulike aspekter av smerte er en nødvendighet når det kommer til vurdering av smerte hos opioidavhengige pasienter. Mange sykepleiere kan også være uvitende om at økt opioidtoleranse og hyperalgesi er konsekvenser av opioidavhengighet, og dermed bagatelliserer eller vurderer smerten til denne pasientgruppen feil, som kan resultere i over- eller undermedisinering (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Sykepleiere er de som jobber tettest med pasienten, og trenger derfor å ha et godt kunnskapsgrunnlag om denne pasientgruppen for å kunne smertelindre dem optimalt. Ifølge studien av Morley (2015) hadde sykepleierne en generell kunnskap om kliniske problemer rundt opioidtoleranse, men kun den ene sykepleieren, som det viste seg var spesialisert innen smerte, diskuterte opioid-medført hyperalgesi. Mens i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Morgan (2006) var det ingen av sykepleierne som følte at de hadde den kompetansen som behøvdtes for å ivareta pasientgruppen faglig forsvarlig. Dette tyder på at den grunnleggende sykepleierutdannelsen ikke gir den faglige kompetansen som er nødvendig for å utføre god smertelindring til opioidavhengige pasienter, samtidig som kompetansenivået til sykepleiere varierer individuelt. Utifra egen erfaring som studenter i dag, opplever vi at sykepleierutdannelsen har lært oss om den opioidavhengige pasienten, og forberedt oss på hvilke holdninger og stigmatiseringen som kan forekomme, som er viktig å unngå. Likevel opplever også vi at sykepleierutdannelsen ikke har gitt oss nok kompetanse på hvordan smertelindring av denne pasientgruppen skal utføres.

I studien til Morley (2015) beskriver noen av de eldre sykepleierne at erfaring førte til bedre smertelindring av de opioidavhengige pasientene. De mente at nyutdannede sykepleiere som har mindre erfaring er mer forsiktig med å gi store doser smertestillende medikamenter til pasientene. Dette kan føre til at de ikke smertelindrer pasienten optimalt, grunnet frykt for overmedisinering. Ulike studier underbygger dette, da undersøkelser har vist til at flere sykepleiere har fryktet at bruk av opioidanalgetika som smertebehandling til rusavhengige, vil bidra til forverring av en avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2006). Ifølge studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) var erfaring fra arbeidsplassen den faktoren som

bidro mest til sykepleiernes kompetanse. Fra vår erfaring er det et større fokus på denne pasientgruppen nå, og de nyere utdannede sykepleierne vil derfor ha et større kunnskapsgrunnlag om pasientgruppen fra begynnelsen. Dette forutsetter at sykepleiere kan utføre bedre smertelindring. Dette kan ha sammenheng med rusreformen som ble iverksatt i 2004, som går ut på at pasienter med rusavhengighet skal ha pasientrettigheter på lik linje med alle andre (Prop.53 L(2006-2007)).

Morley (2019) viser i sin studie at sykepleierne har et ønske om å gjøre det riktige for pasienten, men synes det er vanskelig å vite akkurat hva det er. De opplever å være hjelpeløse, fordi på en side ønsker de å lindre pasientens smerte, men på den andre siden ikke vil belønne dem for opioid-søkende atferd (Morley, 2019). Dette tyder på at sykepleiere mangler kunnskapen og erfaringen, som vil hjelpe dem til å ta de riktige avgjørelsene i behandlingen av disse pasientene. Samtidig finnes det lite dokumentert kunnskap om hvordan smertebehandling til denne pasientgruppen faktisk skal gjennomføres. Mange sykehus har utarbeidet egne retningslinjer på området, nettopp fordi dette er et krevende problemområdet i praksis (Skoglund & Biong, 2018, s.186). Rettferdighet er et av prinsippene i de fire prinsippers etikk. Ut i fra rettferdighetsprinsippet har pasienter med en opioidavhengighet rett til likebehandling. Sykepleier kan ta i bruk rettferdighetsprinsippet ved å gi pasienten informasjon om behandlingsforløpet, for å ivareta pasientens autonomi, og dermed kan være med på å ta valg over eget liv og påvirke smertebehandlingen (Brinchmann, 2016, s.92). Pasient- og brukerrettighetsloven underbygger dette da § 3-1 tilsier at pasienten har rett til medvirkning, og kan være med på å ta avgjørelser når det kommer til behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Kunnskap er altså helt grunnleggende for at sykepleiere skal klare å smertelindre opioidavhengige pasienter innlagt på somatisk sykehus optimalt. Opioidavhengige pasienter er en veldig kompleks pasientgruppe å smertelindre. At sykepleiere mangler kunnskap om pasientgruppen, smerteatferden deres, opioidtoleranse, opioidabstinens og hyperalgesi, hindrer dem i å kunne smertelindre optimalt. Manglende kompetanse og forståelse av pasientgruppen skaper nemlig også holdninger som kan påvirke kvaliteten på sykepleien som blir gitt, spesielt når det gjelder lindringen av smerter (Danielsen et al., 2016, s.382). Selv om sykepleiere ønsker å gjøre det riktige synes de det er vanskelig å vite hva det er, fordi de mangler kunnskapen til det.

5.2 Holdninger

Den komplekse utfordringen i håndtering av smerte er uheldig når det gjelder opioidavhengige, da de blir møtt med negative holdninger og stigmatisering fra helsepersonell. Pasientgruppen representerer en utfordring for sykepleiernes profesjonelle kompetanse til å gi optimal smertelindring (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Det finnes flere faktorer som kan påvirke sykepleiers holdninger til pasienter med smerte og avhengighet. En tolker som regel smerte ut fra egen kunnskap, erfaring og skjønn (Danielsen et al., 2016, s.382). I studien til Morgan (2014) kom det frem at egen kulturell bakgrunn, års erfaring som sykepleier, utdanning, personlig opplevelser av smerte, familiens holdninger og verdier om smerte og avhengighet var medvirkende bakgrunnsfaktorer, som var med på å påvirke deres holdninger til opioidavhengige pasienter som var innlagt på sykehus med smerter. Dersom sykepleier ikke er klar over hvordan disse faktorene påvirker egne holdninger, mister sykepleier evnen til å skille mellom pasientens individuelle opplevelse av smerter og egen vurdering av pasientens smerter.

Uten målbare tegn på smerte, kan sykepleier komme i tvil på om pasienten faktisk har smerter. Sykepleier må anerkjenne at det er pasienten som er autoriteten, og må ta valget mellom å tvile på pasientens opplevelse eller å ha tillit (Danielsen et al., 2016, s.382). Sykepleierne i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) var av den oppfatning at pasienter som var avhengige av opioider ofte overdriver smerte, er uærlig når de beskriver effekten av smertestillende medisiner, og gir en feil fremstilling av smerteopplevelsen. Dette er et eksempel på stigmatisering. Denne oppfatningen kan resultere i negative holdninger til opioidavhengige pasienter, som ofte fører til mistillit til pasientgruppens smerteopplevelse, som igjen reduserer muligheten for god og effektiv smertebehandling (Danielsen et al., 2016, s.382). På den andre siden er det forskning som viser at sykepleiere er liberale i holdningen til bruken av opioider, og tar hensyn til pasientens utsagn om deres smerteopplevelse. Sykepleierne som uttrykker positive holdninger til pasientgruppen, viser tillit og handler ut fra egen kunnskap og vurdering av pasienten, og vektlegger pasientens beskrivelse av smerte, på tross av kollegers fordommer mot pasientgruppen (Danielsen et al., 2016, s.382). Dette tyder på at når sykepleierne lar stigmatisering påvirke holdningen deres til pasientene, hindrer det dem i å gi optimal smertelindring. Dette kommer av at de ikke lenger vektlegger pasientens individuelle opplevelse av smerte og rett på autonomi, fordi de ikke stoler på dem.

En tredjedel av sykepleierne i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) påsto at opioider som ble brukt som smertestillende medikamenter, bidro til pasientenes avhengighet. Sykepleiers tro på at opioider forverrer deres nåværende avhengighetsproblem er en barriere for optimal smertelindring til denne pasientgruppen, til tross for at denne oppfatningen ikke er vitenskapelig bevist (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Selv blant sykepleiere som har en positiv holdning til smertelindring ved bruk av opioider, gir flere av de lavere dose enn forordnet, og oppfordrer pasientene til å preferere et ikke-opioid, fremfor opioider (Danielsen et al., 2016, s. 383). Dette viser at uansett hva slags holdning sykepleieren har på bruk av opioider til smertelindring, foretrekker de fleste å gi mindre dose eller ikke-opioider. Dette kan hindre sykepleiere i å smertelindre pasienten optimalt, spesielt med tanke på toleransen som opioidavhengige pasienter utvikler. Opioidtoleranse kan føre til at smertevirkningen til opioidene blir mindre, og pasienten trenger høyere og hyppigere doser for å ha den samme smertelindrende effekten (Mørland & Waal, 2017, s.164).

Mange rusmiddelavhengige opplever å bli stigmatisert av sykepleiere når de er innlagt på sykehus (Skoglund & Biong, 2018, s.183). Pasienter med rusmiddelproblemer kan bli sett på som den ikke-prioriterte eller mindreverdige pasienten på sykehus. Dette kommer blant annet av at stigmatisering har ført til at rusmiddelavhengighet blir regnet som et moralsk problem og tegn på svakhet hos personer (Ytrehus, 2018, s.224). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på menneskerettighetene. Opioidavhengige pasienter blir fort stigmatisert grunnet livsstilen de lever og valgene de har tatt i livet. I følge de yrkesetiske retningslinjene har pasientene med en avhengighet fortsatt like mye rett på et verdig liv og til å bli behandlet med respekt av sykepleierne. Det å ha menneskerettighetene som grunnlag for de yrkesetiske retningslinjene innebærer at helsepersonell til enhver tid skal yte rettferdig og god sykepleie til alle pasienter, uavhengig alder, kultur, sykdom, funksjonshemming, religion, hudfarge, kjønn, politisk oppfatning, nasjonalitet eller etnisk bakgrunn (Sneltvedt, 2016, s.100). Stigmatisering av den opioidavhengige pasienten kan føre til at sykepleiere mister sympati og medfølelse for pasienten, fordi de opplever at pasienten er skyldig i egen sykdom. I følge Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet vil mangel på sympati og medfølelse for pasienten, føre til at sykepleier kan miste trangen til å lindre og forstå pasientens smerte (Travelbee, 2003, s. 200-201).

I studien til Morley (2019) beskrev sykepleiere en mangel på tillit mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne mente både sykepleier og pasient manglet tillit til hverandre. En grunn

til at sykepleierne opplevde å mangle tillit til pasientene var at pasientene ikke fulgte rutiner og det de ble fortalt (Morley, 2019). I følge Travelbee er det i det innledende møtet at pasient og sykepleier opparbeider egne meninger og antagelser om hverandre, og det vil legge grunnlag for holdningene deres til hverandre fremover. Dersom sykepleier ikke er forberedt på pasientens atferd, fordi den er ulik det som de gjenkjenner som en «normal» pasient, kan det skape et dårlig førsteinntrykk, og definere hvordan interaksjonen og forholdet mellom pasient og sykepleier blir resten av innleggelsen (Travelbee, 2003, s.171-172). Det er viktig at sykepleier og pasient har tillit til hverandre for å utføre optimal smertelindring. Opplevelsen av smerte er individuell og som sykepleier skal smerte derfor vurderes og behandles ut ifra hvordan pasienten opplever den. Når sykepleier ikke lenger har tillit til pasienten og at det en sier er sant, kommer det i konflikt med sykepleierens vurdering av pasientens smerte (Danielsen et al., 2016, s.383).

Helsepersonellet i studien til Morgan (2006) viste forståelse for hvor vanskelig denne pasientgruppen var å takle og behovet for personalet å ta hensyn til sine egne reaksjoner i kontakt med pasientene. Mange sykepleiere i studien følte seg utilstrekkelig da de hadde pasienter med opioidavhengighet som var innlagt med smerter. Flere av disse sykepleierne kviet seg til å gi behandling til disse pasientene. Motoverføringsreaksjoner fra sykepleierne er vesentlig her. Sykepleierne ble utfordret til å eliminere atferd som ikke bidrar til ønsket pasientresultat (Morgan, 2006). I studien til Morgan (2006) beskrev pasienter strategier de brukte for å få dekket sine behov og vanskeligheter de opplevde med å få smertegrensen anerkjent og behandlet. Sykepleierne i studien til Morgan (2014) beskrev samtidig hvordan pasientens smerteatferd hadde en effekt på hvordan sykepleierne behandlet dem. De beskrev det slik at da pasienten ropte, kalte sykepleier ulike navn og generelt var veldig krevende, så måtte det forventes at måten sykepleier behandlet pasienten ble påvirket av det (Morgan, 2014). Selv om flere sykepleiere er bevisst på at de må eliminere egen negativ atferd, så er det tydelig at pasientenes atferd fortsatt påvirker hvordan de behandles, og derfor er et hinder i smertelindringen. Motoverføringsreaksjoner er vanligvis ubevisste, og dersom sykepleier ikke reflekterer over egne reaksjoner på pasientens atferd vil det være vanskelig å unngå (Shaygani, 2017).

Pasientene i studien til Morgan (2006) sa de forventet negative reaksjoner fra helsepersonell da de ble innlagt, på grunnlag av tidligere erfaringer. De beskrev også at de hadde opplevd mangel på respekt fra sykepleierne for dem som mennesker, og trodde at deres behov, frykt,

følelser og smerte ikke ble kjent. I artikkelen som er fra 2006 ble det nevnt at rusmiddelavhengige ofte ble straffet eller fengslet, snarere enn behandlet. Noen av sykepleierne til deltakerne i studien hadde en straffmessig holdning til dem under innleggelsen. Atferden til sykepleiere blir ofte påvirket av resten av samfunnets syn og verdier og det er tydelig at dette var tilfellet her (Morgan, 2006). I dagens samfunn er det et større fokus på å behandle istedenfor å straffe rusmiddelavhengige. Med rusreformen som kom i 2004, ble endelig rusmiddelavhengige pasienter gitt de samme rettighetene som andre pasienter, og dette var et steg i riktig retning. Likevel er det først i februar 2021, regjeringen kom med en rusreform som innebar at bruk og besittelse av mindre mengder narkotika ikke lenger skal være straffbart (Prop. 92 L (2020-2021)). Dette vil forhåpentligvis ha en positiv innvirkning på samfunnets bilde av rusavhengige som kriminelle, og igjen føre til at sykepleieres holdninger til pasientgruppen forbedres. Her ses også viktigheten av menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og pasient. Når sykepleierne ikke ser pasienten som et individuelt menneske, og ikke oppfatter deres følelser og smerte, har de ikke evne til å være empatiske ovenfor pasienten. Da vil ikke sykepleier kunne se forbi ytre atferd og forstå pasientens indre opplevelse, og det vil hindre optimal smertelindring (Travelbee, 2003, s.193).

Det vi kan se her er hvilke holdninger sykepleier har til pasientgruppen har mye å si for hvordan de velger å smertelindre pasientene. Sykepleiere som hadde en negativ og dårlig holdning overfor pasientene, stod også i tvil om at pasienten var ærlig om egen smerteopplevelse, og tok vurderinger ut i fra at pasienten var manipulerende og kun ville ha smertelindring for rusopplevelsen. Sykepleiere som hadde en positiv holdning til pasientgruppen derimot, behandlet dem likt som alle andre og hadde tillit til pasientens beskrivelse av smerte, og tok beslutninger ut i fra at pasienten snakket sant. Holdningene sykepleierne på avdelingen har til pasientgruppen kan være med på å påvirke andre ansatte og pasientene selv. Motoverføring fra sykepleier til pasient kan ha stor betydning på hvordan pasienten blir smertebehandlet. Pasienten kan også ha dårlige holdninger til sykepleierne på avdelingen, ofte etter negative erfaringer fra tidligere sykehusinnleggelses. Dette er holdninger som ikke kommer pasienten til gode, som igjen kan påvirke sykepleier til å gi utilfredsstillende smertelindring til pasienten. Sykepleier har også vanskeligheter med å opprette et mellommenneskelig forhold til pasienten, når negative holdninger, stigmatisering og motoverføring står i veien. Dette fører blant annet til en mangel på empati og medfølelse for pasientens opplevelser, som er til hinder for optimal smertelindring.

5.3 Somatisk sykehus

Når pasienter legges inn på sykehus er det flere faktorer som spiller en rolle for smertebehandlingen. Sykehus er en institusjon som er avhengig av at faktorer som ressurser, bemanning og arbeidsmiljø fungerer optimalt (Morley, 2015). Disse faktorene kan derfor spille en stor rolle for hvordan sykepleiere evner å smertelindre pasienter med opioidavhengighet optimalt på somatisk sykehus. Her går vi inn på hvordan ytre faktorer i miljøet og på institusjonen sykepleier jobber, kan hindre sykepleier i å smertelindre pasienten optimalt.

Som sykepleier jobber du i tett samarbeid med andre kollegaer på avdelingen du befinner deg. Etter de yrkesetiske retningslinjene punkt 4, skal sykepleier vise respekt for medarbeidernes arbeid og være til støtte for kollegaer i vanskelige situasjoner (Sneltvedt, 2016, s.105).

Imidlertid er det slik at holdningene, kunnskapen og erfaringene til de ansatte på avdelingen skaper et arbeidsmiljø som kan påvirke de ansatte, og påvirke smertebehandlingen til pasientene negativt. I følge studien til Morley (2015) opplevde flere av sykepleierne at det var stor ulikhet blant de ansatte på avdelingen i måten de behandlet disse pasientene på, og at det var et ytre press som var med på å påvirke smertebehandlingen av pasientene. Deltakerne i studien til Morgan (2014) har opplevd at andre sykepleiere har hatt en negativ og dårlig holdning til mennesker med rusproblemer. Mangel på medfølelse for disse pasientene har ført til mindre forståelse for situasjonen og atferden til pasienten. Dette fører igjen til dårlig holdning overfor pasienter og kollegaer, som resulterer i utilstrekkelig smertelindring og sykepleie.

Når pasienter legges inn på somatisk sykehus legges de vanligvis ikke inn for å avruses, men på grunn av annen sykdom eller skade. Etter helsepersonelloven § 4, er ansvaret og prioriteringen til sykepleier og de andre ansatte på avdelingen å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og behandle pasientens aktuelle sykdom og smerte så godt som mulig. (Skoglund & Biong, 2018, s.187; Helsepersonelloven, 1999, § 4). Likevel ser vi blant annet i studien til Morley (2015) at både leger og sykepleiere til tider velger å prioritere å forsøke å avruse pasienten, i stedet for å holde pasienten smertefri. Dette kan komme av at miljøet og samfunnet som omringer oss i dag har et stort fokus på å kurere rusavhengige. Derfor ser helsepersonell på det som en viktigere oppgave å prøve å avruse enn å lindre pasientens smerte optimalt (Morley, 2015). Sykepleiere har en viktig funksjon i smertebehandling, og har et ansvar for å lindre pasientenes smerter. Det er sykepleiere som observerer, kartlegger og

vurderer pasientens smerte, slik at de kan få optimal smertelindring (Danielsen et al., 2016, s.381-382). Dersom sykepleier kun fokuserer på å behandle pasientens opioidavhengighet og ikke sin lindrende funksjon, hindrer det sykepleier i å smertelindre pasienten optimalt.

For spesielt sykepleiere med mindre erfaring, kan det å måtte samarbeide med leger som har en annen mening være vanskelig. I følge studien til Morley (2015) har flere sykepleiere erfaring med leger som fokuserer behandlingen på et ønske om å fikse pasientens avhengighet, i stedet for å lindre pasientens smerte. Det er verdt å merke seg at det først fra 2014 var mulig for leger å bli spesialisert innen rus- og avhengighetsmedisin, før det hadde ikke leger noen mulighet for spesialisering innen rus (Waal & Mørland, 2017, s.328). Sykepleiere er også avhengige av leger, og kan kun administrere medikamenter når legen har ordinert det (Bielecki & Børdahl, 2017, s.26). Når sykepleier og lege da har forskjellig fokus kan det gjøre det vanskelig for sykepleier å behandle pasienten slik en mener er riktig. Samtidig var det mer erfarne sykepleiere i samme studie som hadde erfart positiv respons fra leger når de kommuniserte disse forskjellene til legen. Dette kan tyde på at god kommunikasjon mellom lege og sykepleier ikke alltid er tilstede når det er nødvendig. Dersom sykepleiere blir flinkere til å kommunisere sin kunnskap og erfaring til legen, kan det bidra til at begge parter kan hjelpe hverandre til å sammen gi pasienten en bedre behandling. Det krever likevel at lege og sykepleier har respekt for hverandre og er åpne for å lære fra hverandre. Tverrfaglig samarbeid er viktig for god smertelindring av pasienter med rusmiddelavhengighet. Det skal sikre en konsistent, strukturert og enhetlig tilnærming, gjennom delt innsikt i toleranse, avhengighet og legemiddelmisbruk (Skoglund & Biong, 2018, s.187).

Å gi tilstrekkelig smertelindring til pasienten bør gå foran frykten for overmedisinering. Sykepleier skal alltid ta pasientens smerte på alvor, og observere og kartlegge den nøye. Symptomer på opioidabstinens kan ofte skjule annen somatisk eller psykisk sykdom. Dette er spesielt viktig å være oppmerksom på, med tanke på hvor vanlig komorbiditet er hos pasienter med opioidavhengighet (Skoglund & Biong, 2018, s.186-187). Likevel kom det frem i studien til Morgan (2014) at flere sykepleiere tolket pasientenes atferd som opioid-søkende og merket det som negativt når pasienten beskrev smerten sin, og spurte om smertelindrende medikamenter (Morgan, 2014). Noe av det opioidavhengige pasienter frykter mest er opioidabstinens, ettersom det kan gi stort ubehag for pasienten. Sykepleiernes ulike holdninger og oppfatninger av pasienten vil få mindre betydning, da helsepersonell får et

felles begrepsapparat å gå ut ifra. Dokumentasjonen og rapporteringen vil også bli mer presis. COWS kan for eksempel brukes for å kartlegge omfanget av opioidabstinens (Mørland & Waal, 2017, s.169). Slike skjemaer vil gi legene mer informasjon å gå ut i fra når beslutning om forordninger må bli tatt. Den opioidavhengige pasienten kan dermed lettere få forordnet tilpasset smertebehandling som dekker det nødvendige behovet (Danielsen et al., 2016, s.390). Opioidavhengige pasienter kan lett bli feilmedisinert på grunn av misforståelser grunnet abstinenser og komorbiditet. Dersom sykehus ikke legger til rette for gode kartleggingssystemer vil dette fortsette å være et hinder for optimal smertelindring.

I studien til Morley (2015) ble det nevnt at sykehusets kapasitet også spilte en rolle for smertelindringen til pasientene. Sykehuset og de ansatte ble fokusert på å “fikse” pasientene, fordi de ønsket å sende de hjem fortst mulig. Dette har vi erfart selv i praksis på somatisk sykehus. Det er høyt tempo på avdelingene, og leger og koordinatorene ønsker å sende pasienter hjem raskt, for å få ledige sengeplasser. Legene fokuserte ofte på å behandle den somatiske sykdommen, for deretter sende pasientene hjem. Den lindrende funksjonen blir lett bortglemt når en skal utskrives, og pasienter blir sendt hjem uten å ha kontroll på smertene. Dette skaper bekymringer hos opioidavhengige, som er spesielt utsatt grunnet opioidtoleranse og frykt for abstinenser, og krever en tettere oppfølging ved smertelindring. I studien til Morley (2015) kom det også frem at flere trodde manglende ressurser på sykehuset lå til grunn for manglende tid til opplæring og fagutvikling. Dette er det et stort behov for, da sykepleierne skal kunne opprettholde et forsvarlig kunnskapsnivå, og unngå utvikling av holdninger som påvirker smertelindringen negativt.

Bemanningen av sykepleiere på avdelingen kan også påvirke behandlingen av pasientene. Sykepleiere i studien til Morley (2015) erfarte å ha større arbeidsmengde og press på seg da de jobbet med smertelindring av opioidavhengige pasienter. De mente pasientene krevde mer tid og oppmerksomhet, og at de ble frustrerte over kombinasjonen av å ha mye å gjøre, og en pasient som ikke var hjelpsom. Sykepleiere kan i arbeid med denne pasientgruppen ofte stå i store etiske dilemmaer, samtidig som de opplever stor travelhet. De har ikke tid til å sette seg ned og reflektere med kollegaer, og opplever dermed å måtte ta avgjørelser og finne løsninger som ikke er optimale. Dette kan igjen føre til en utvikling av kynisme og objektivisering av pasienter på avdelingen, og hindre optimal smertelindring (Aakre & Biong, 2018, s.87-88). Å ta avgjørelser ut i fra å gjøre godt prinsippet i de fire prinsippers etikk kan være en løsning for å gi pasienten bedre smertelindring, da de står i en travel vakt uten tid til drøfting med

kollegaer. Å gjøre godt ved å lindre pasientens smerte og utøve omsorg er sykepleiers fremste oppgave og skal bli lagt mer vekt på, enn travelheten og frustrasjonen blant sykepleierne (Brinchmann, 2016, s.85).

Helseinstitusjonen en jobber på kan altså ha mye å si for hvor godt sykepleiere evner å utføre smertelindring til opioidavhengige pasienter. Arbeidsmiljøet på avdelingen påvirker de ansatte som jobber der, og spredning av negative holdninger til pasientgruppen, kan påvirke sykepleier og hindre optimal smertelindring til pasientene. Det er derfor nødvendig med gode kartleggingssystemer for smerte og abstinenser på somatisk sykehus, for at slike holdninger og kunnskapsmangel ikke skal stå i veien for smertelindringen. Dersom sykehuset en jobber på også mangler ressurser til å bemanne avdelingen etter behovet, vil det føre til slitne sykepleiere med dårlig tid, som derfor tar dårlige avgjørelser i smertelindringen av den opioidavhengige pasienten. Sykehusets kapasitet og legers fokus på å fikse pasienten vil også hindre sykepleier i å smertelindre den opioidavhengige pasienten optimalt.

6 Avslutning

I denne oppgaven har vi presentert fagkunnskap og forskningslitteratur rundt smertelindring og opioidavhengighet og drøftet ulike hindringer sykepleiere møter ved smertelindring av pasientgruppen. Manglende kunnskap om både pasientgruppen og smertelindring viste seg å ligge til grunn for dårlige holdninger, stigmatisering og misforståelser, som resulterte i utilstrekkelig smertelindring. Holdningene sykepleierne har til opioidavhengige pasienter er et stort hinder i smertelindringen fordi det fører til brutt tillit mellom sykepleier og pasient. En manglende bruk av gode kartleggingssystemer for smerte og opioidavhengighet var med på å skape mer misforståelser i vurderingen av pasients smerte. Sykehusets ressurser, bemanning og arbeidsmiljø, fant vi ut også spiller en stor rolle. Sykepleiere blir påvirket av kollegaers holdninger, de må forholde seg til leger som til tider vektlegger behandling av avhengighet over smertelindring, og opplever at pasientgruppen er mer tidkrevende, likevel er de ikke bemannet for å dekke dette behovet. Vi har sett at det har skjedd positive endringer i samfunnet, som har hatt en positiv innvirkning på smertelindringen til opioidavhengige pasienter innlagt på somatisk sykehus, men det er fortsatt et stort behov for forbedring.

7 Referanseliste

- Aakre, M. & Biong, S. (2018). Etiske utfordringer og etisk kompetanse: Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 70-88). Cappelen Damm Akademisk
- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2017). *Legemiddelhåndtering*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (utg. 4, s. 81-96). 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). Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bd. 1, s. 381-427). Gyldendal Akademisk
- Ervik, R & Biong, S. (2018). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 44-67). Cappelen Damm Akademisk
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Ingstad, K. (2018). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Johansen, A., B. & Bramness, J., G. (2018). Psykososial og medikamentell behandling ved rusmiddelrelaterte lidelser. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 114-139). Cappelen Damm Akademisk

- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Universitetsforlaget
- 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>
- Lovisenberg diakonale høgskole. (2021, 25. februar). *Databaser og nettressurser*. LDH. <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Mathisen, J. (2016). Hva er sykepleie?: Virginia Hendersons svar. I E., K. Grov & I., M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, (5. utg., bd. 1, s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Morgan B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>
- Morgan B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165–175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences 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>
- Morley, G., Chumbley, G. M. & Briggs, E. V. (2019). You wouldn't do that to an animal, would you? Ethical issues in managing pain in patients with substance dependence. *British Journal of Pain*, 14(3) 195-205. <https://doi.org/10.1177/2049463719888551>
- Mørland, J. & Waal, H. (2017). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- 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. 5-37). Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_8#%C2%A77-2

Shaygani, S. (2017, September 10). *Motoverføringer i den kliniske hverdagen* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=r6FIgs4Wsk>.

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). Cappelen Damm Akademisk

Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 341-352). Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (utg. 4, s. 97- 113). Gyldendal Akademisk

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken til akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Umass Lowell (u.å.). *Betty Morgan*.

<https://www.uml.edu/health-sciences/nursing/faculty/emeritus-faculty/morgan-betty.aspx>

Ytrehus, S. (2018). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 243-263). Cappelen Damm Akademisk

