

Utfordringer ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på sykehus

Kandidatnummer: 388
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14B/Bachelor i sykepleie

Antall ord: 8906
Dato: 12/04/21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel: utfordringer ved smertelindring av opioidavhengige pasienter på sykehus.	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke utfordringer møter sykepleier ved smertelindring hos opioidavhengige pasienter på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlaget tar for seg sykepleiers funksjon og ansvar, Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold og relevante yrkesetiske retningslinjer. Det legges frem teori om opioidavhengighet, sammen med relevante pasientfenomener. Deretter et teoretisk kunnskapsgrunnlag for sykepleiers møte med pasienten på sengepost og relevant lovverk.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som benytter allerede eksisterende faglitteratur og relevante forskningsartikler til å besvare problemstillingen. Forskningslitteratur er hentet fra databasene SveMed+ og PubMed. Følgende søkeord er benyttet i litteratursøket: Pain management, Substance use disorder, Nursing og Nurse competence.</p> <p><u>Drøfting:</u> Drøftingen tar utgangspunkt i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, funn og resultater fra forskningsartiklene, samt egne erfaringer fra klinisk praksis. Første delkapittel drøfter sykepleiers kunnskap om behandling av smerter og abstinenser hos opioidavhengig pasienter. Andre delkapittel drøfter sykepleiers holdninger til pasientgruppen. Tredje delkapittel drøfter møtet mellom sykepleier og den opioidavhengige pasienten på sykehus, med spesielt fokus på kartlegging og tillit mellom sykepleier og pasient.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det er flere faktorer som utfordrer sykepleier ved smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. En utfordring er manglende tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Sykepleier har en viktig rolle i å etablere et tillitsforhold. Dette er nødvendig for å overkomme utfordringen knyttet til manglende kartlegging av smerter, abstinenser og rusvaner. Funn i forskning tyder på at sykepleiere på sengepost mangler kunnskaper om smertelindring til denne pasientgruppen, og at det er en sammenheng mellom manglende kunnskap og sykepleiers negative holdninger til pasienter med opioidavhengighet. Sykepleiers holdninger kan påvirke kvaliteten på smertelindringen pasienten får. Alle disse faktorene påvirker hverandre, og funnene i denne oppgaven tyder på at manglende kunnskaper fører til negative holdninger, som igjen påvirker sykepleiers relasjon til pasienten og smertelindringen som gis.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.1	Temaet sykepleiefaglige relevans	1
1.1.2	Oppgavens formål.....	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2.1	Kontekst.....	2
1.2.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.2.3	Begrepsavklaring	3
1.2.4	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Sykepleieren.....	4
2.1.1	Sykepleiers ansvar og funksjon	4
2.1.2	Menneske-til-menneske-forhold.....	4
2.1.3	Yrkesetiske retningslinjer	5
2.2	Opioidavhengighet	6
2.2.1	Årsak.....	6
2.2.2	Symptomer, komorbiditet og blandingsmisbruk	7
2.2.3	Diagnostikk og behandling	7
2.2.4	Relevante pasientfenomener	8
2.2.5	Den opioidavhengige på sykehus	8
2.3	Smerte	9
2.4	Sykehus	9
2.4.1	Sykepleier og den opioidavhengige pasienten.....	9
2.4.2	Relevant lovverk.....	11
3	Metode	12
3.1	Fremgangsmåte for søket	12
3.1.1	Valg av databaser og søkeord.....	12
3.1.2	Litteratursøk.....	12
3.2	Utvalg av faglitteratur	14
3.3	Kildekritikk	15
3.4	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningslitteratur	18
5	Diskusjon.....	21
5.1	Sykepleiers kunnskap	21
5.2	Sykepleiers holdninger	23
5.3	Sykepleiers møte med pasienten	25
5.3.1	Kartlegging	25
5.3.2	Tillit	27
6	Avslutning	31
7	Referanseliste	32

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av høyrisiko-bruk av opioider blant voksne i alderen 15-64 år er estimert til 0,4% av EU's populasjon, inkludert Norge. Det tilsvarer omtrent 1,3 millioner mennesker i 2018. Heroin er det mest brukte opioidet på det illegale markedet, men bruk av metadon, buprenorphine, tramadol og fentanyl er også utbredt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020).

Narkotikabruk er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet. Skadelig bruk av rusmidler er en av de største risikofaktorene for sykdom og tidlig død, ofte som følge av ulykker, vold, og problemer knyttet til avhengighet (Meld. St. 30., 2011-2012, s. 15-22). Rusmiddelbrukere er ofte utsatt for traumer som kan føre til akutt og kronisk smerte (Den norske legeforening, 2009, s. 33).

Bruk av opioider som smertelindring er indisert ved akutte smerter, også for pasienter med rusmiddelavhengighet. Derfor skal alle skadestuer og kirurgiske avdelinger i Norge ha rutiner for å gi rusbrukere nok lindring, med adekvat overvåkning (Mørland & Waal, 2016, s. 322).

Jeg har erfaring fra jobb og praksis med pasienter med opioidavhengighet som oppgir å ha smerter. Erfaringen er at leger og sykepleiere har mindre tillit til denne pasientgruppen når de forteller om smerteopplevelsen sin. Helsepersonell har gitt uttrykk for at pasienten bare er ute etter rus, at det er en krevende pasientgruppe og opplevelser av at de prøver å lure helsepersonellet. Slike holdninger kan lede til at pasientgruppen ikke får like god behandling som resten av befolkningen. Min opplevelse er at sykepleiere opplever det som utfordrende å smertelindre den opioidavhengige pasienten.

1.1.1 Temaet sykepleiefaglige relevans

Smertelindring er en sentral sykepleieroppgave. Dersom akutte smerter forblir ubehandlet, kan det føre til en rekke komplikasjoner. Sykepleie til pasienter med smerter bør ha som mål å oppnå adekvat smertelindring, nok til å unngå komplikasjoner fra uhensiktsmessig økt

stressrespons, samt at man når en tilfredsstillende smertelindring når pasienten er i hvile og ved mobilisering (Bache et al., 2019, s.706-707).

Rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus blir ofte underbehandlet for smerter (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Utilstrekkelig smertelindring på sykehus kan føre til flere negative konsekvenser, blant annet at pasienten avbryter behandlingen. I tillegg kan det føre til at de bruker lenger tid på å kontakte helsetjenesten ved sykdom, da tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten er svekket (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

1.1.2 Oppgavens formål

Formålet med denne oppgaven er å belyse hvilke utfordringer sykepleier møter ved smertelindring hos pasienter med opioidavhengighet. Jeg ønsker å bevisstgjøre sykepleiere rundt utfordringer som kan oppstå ved smertelindring til opioidavhengige, og hvordan man eventuelt kan overkomme disse utfordringene. Bevisstgjøring kan hjelpe med å redusere risikoen for at den opioidavhengige forblir underbehandlet for sine smerter på sykehus.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen: «*Hvilke utfordringer møter sykepleier ved smertelindring hos opioidavhengige pasienter på sykehus?*».

1.2.1 Kontekst

Denne oppgaven tar for seg pasienter innlagt på somatisk sykehus.

Pasienter som injiserer rusmidler er en hyppig pasientgruppe på sykehuspost. Vanlige innleggelsesårsaker er blant annet overdose, abstinenser, bløtvevsinfeksjoner, endokarditt eller skader som konsekvens av rus, som trafikkulykker og rusrelatert vold (Haber et al., 2009, s. 1284).

1.2.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven fokuserer på pasienter der det allerede er etablert en avhengighet til opioider, og utelater andre rusmiddelavhengighetslidelser og pasienter som står i fare for å bli

avhengig. Det er likevel relevant å kommentere at mange opioidavhengige pasienter også bruker andre rusmidler, og abstinenser fra andre rusmidler enn opioider vil ofte være en problemstilling på somatisk sykehus, selv om dette ikke er fokus i denne oppgaven. Oppgaven er avgrenset til smertelindring av akutt smerte.

1.2.3 Begrepsavklaring

Utfordringer

Faktorer som påvirker sykepleiers evne til å gi tilstrekkelig smertelindring til pasientgruppen.

Sykepleier

Sykepleier med bachelorutdanning som jobber på sengepost på somatisk sykehus.

Smertelindring

Smertelindring av akutte smerter hos pasienter som er innlagt på sykehus. Målet med smertelindring er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser. Samtidig skal det bidra til å unngå komplikasjoner som ellers kan oppstå som følge av akutte smerter, for eksempel negative fysiologiske konsekvenser, disponere for komplikasjoner og forlengelse av et sykdomsløp, og varige mén (Danielsen et al., 2014, s. 382-394.).

Opioidavhengige pasienter

Ifølge ICD-10 er det snakk om en avhengighetstilstand når brukeren har et sterkt ønske om å ta stoffet, vanskeligheter med å kontrollere bruken, fortsetter å ta stoffet på tross av skadelige konsekvenser, og prioriterer stoffbruken fremfor andre aktiviteter man tidligere verdsatte høyt (World Health Organization, 1999, s. 73).

1.2.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven tar først for seg relevant teori som er nødvendig for å belyse problemstillingen i kapittel 2. I kapittel 3 presenteres metoden, med blant annet fremgangsmåte for søk, søkehistorikk, utvalgt faglitteratur, kildekritikk og etiske vurderinger. Resultater og funn fra forskningsartikler blir presentert i kapittel 4, før drøfting av problemstilling basert på teori, erfaringer fra klinisk praksis og forskningsartikler kommer i kapittel 5. Avslutningsvis i kapittel 6 vil sentrale funn fra drøftingen oppsummeres og jeg vil forsøke å besvare problemstillingen.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet beskrives sykepleierens ansvar og funksjon, Joyce Travelbee sin teori om etableringen av menneske-til-menneske-forhold og relevant yrkesetikk. Deretter presenteres relevant teori om opioidavhengighet. Til slutt blir hverdagen på sykehus, relasjon mellom pasient og sykepleier og relevant lovverk lagt fram.

2.1 Sykepleieren

2.1.1 Sykepleiers ansvar og funksjon

Sykepleierens ansvar og funksjonsområder er ofte sammensatt og innbefatter flere av de ulike funksjonene en sykepleier har. Denne oppgaven fokuserer på sykepleierens lindrende funksjon. Det innebærer at sykepleier skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Sykepleier skal ikke bare lindre pasientens smerte, men også rette oppmerksomhet mot pasientens livskvalitet, og opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Smertelindring er en viktig sykepleieroppgave for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Det fremmer pasientens grunnleggende behov for velvære ved å fjerne smerte og redusere engstelse, som igjen bidrar til raskere rehabilitering. Sykepleiers lindrende funksjon skal utøves med respekt for pasientens likeverd, medbestemmelsesrett og livsførsel (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21).

Et av sykepleierens ansvarsområder på sengepost er systematisk vurdering og registrering av pasientens smerter. På bakgrunn av vurderingene skal sykepleier administrere forordnede legemidler og evaluere virkning og bivirkninger. Videre skal det dokumenteres og rapporteres ved overlevering til andre sykepleiere og til legen. På bakgrunn av innsamlede data skal sykepleieren vurdere pasientens situasjon, iverksette smertelindrende tiltak, og planlegge den videre behandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 398).

2.1.2 Menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee introduserte i 1966 sin teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleie. Hun var opptatt av at alle mennesker er unike individer, og at sykepleie er en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 5). Teorien presenterer behovet for at den profesjonelle sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske-forhold med pasienten (Travelbee, 1999, s. 171).

Travelbee mente at et godt forhold mellom sykepleier og pasient først kan etableres når man evner å se hverandre som enkeltindivider, fremfor som pasient eller som sykepleier. For å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, må man evne å se mennesket bak «sykepleier» og «pasient». Menneske-til-menneske-forholdet bygges hele tiden under interaksjoner mellom sykepleier og pasient, og sykepleier skal hele tiden jobbe for å lære pasienten å kjenne og for å møte pasientens behov for sykepleie. Dette avhenger av at sykepleieren vet hva hun/han gjør, tenker, føler og opplever (Travelbee, 1971, s. 119). Et menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess, det vil si at både sykepleier og pasient må delta i etableringen av forholdet, samt å opprettholde forholdet. Likevel er det sykepleier sitt hovedansvar at et slikt forhold blir etablert og opprettholdt (Travelbee, 1971, s. 124).

Etableringen og utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold er en prosess som består av fire faser (Travelbee, 1999, s. 186). Fase 1 er det innledende møtet. Her dannes førsteinntrykket av den andre, som både kan være godt eller dårlig. I dette første møtet ser gjerne pasienten på sykepleieren som en sykepleier og sykepleieren ser på pasienten som en pasient. Dermed blir sykepleierens oppgave klar, sykepleier må evne å se individet bak sykdommen. Fase 2 er framvekst av identitet. I denne fasen evner sykepleier og pasient å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, samt å etablere tilknytning. Fase 3 er empatifasen. Her evner individene å leve seg inn i, eller ta del i og forstå, den andres psykiske tilstand i øyeblikket, samt å se forbi hverandres ytre atferd og fornemme den andres indre opplevelse. Fase 4 er etableringen av sympati og medfølelse. Ut fra empatiprosessen vil evnen til sympati og medfølelse vokse frem, og sykepleier vil etablere et grunnleggende ønske om å lindre plager hos pasienten. Gjensidig forståelse og kontakt oppleves når sykepleieren og pasienten har gått gjennom disse fire fasene, og et menneske-til-menneske-forhold er etablert. Dette er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 1999, s. 186-211).

2.1.3 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleieren og profesjon

Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Det forutsetter også å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten man jobber i. Sykepleien som gis skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning, utvikling

og dokumentert praksis innen eget fagområde, samt bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleieren skal kjenne sine grenser for egen kompetanse, og søke veiledning når egen kompetanse ikke strekker til (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 1).

Sykepleieren og pasienten

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende, retten til ikke å bli krenket, og gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Sykepleieren har et ansvar for at sykepleien som utøves fremmer helse og forebygger sykdom. Det skal ytes omsorgsfull hjelp og lindre lidelse hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 2).

Sykepleieren og medarbeidere

De yrkesetiske retningslinjene omkring sykepleieren og medarbeidere sier at det skal fremmes åpenhet og godt tverrfaglige samarbeid, uansett hvor i helsetjenesten man arbeider (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 4).

2.2 Opioidavhengighet

2.2.1 Årsak

En helhetlig forståelse omkring hvordan rusmiddelavhengighet utvikles bør bygges på en biopsykososial modell. Det vil si at rusmiddelbruk utvikles gjennom en kombinasjon av nevrobiologiske endringer og en rekke psykososiale faktorer (Mørland & Waal, 2016, s. 24). Denne oppgaven har derfor et biopsykososialt perspektiv på hvordan rusmiddelavhengighet utvikles. Rusmiddelavhengige har alle til felles at de av ulike grunner har brukt en eller flere rusmidler, gjentatte ganger over tid. Det har ført til en rekke nevroplastiske endringer, og sosiale og psykologiske omstillinger og komplikasjoner (Mørland & Waal, 2016, s. 64). Årsaken til opioidavhengighet er mangfoldig. Noen er mer sårbare grunnet sinnsstemninger, livsutvikling og/eller genetiske forhold. Samtidig skaper gjentatt bruk endringer i hjernen som gjør at man gjenkjenner og verdsetter virkningen, samt at det blir vanskeligere å avslutte bruken (Mørland & Waal, 2016, s. 59). I dag er det vanlig å se på rusmiddelavhengighet som en sykdom, og personer med en slik avhengighet er definert som pasienter med pasientrettigheter (Mørland & Waal, 2016, s. 24).

2.2.2 Symptomer, komorbiditet og blandingsmisbruk

Symptomer

Den akutte virkningen av opioider er kvalme, munntørrhet, obstipasjon, urinretensjon, døsigheit og redusert bevissthet, sedasjon og forvirring. Det kan også forekomme svetting, nedstemthet, hallusinasjoner, ansiktsrødme og kløe (Skjøtskift, 2018, s. 105)

Vanlige symptomer på opioidabstinens er rennende nese og øyne, gjesping, svetting, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst, uro, irritabilitet, nedstemthet, rastløshet, kvalme og oppkast, diaré, magekramper og perifere muskelkramper (Skjøtskift, 2018, s. 106).

Komorbiditet

Langvarig bruk av opioider kan føre til flere somatiske helseproblemer. Dette kan blant annet være skader som følge av selve opioidpåvirkningen, som fall, ulykker eller voldsepisoder. Sprøytebruk representerer en betydelig økt risiko for infeksjoner. Det kan komme av injeksjon av kontaminerte stoffer, bruk av usterilt injeksjonsutstyr eller injeksjon gjennom infisert hud. De vanligste infeksjonene er blant annet HIV, hepatitt B og C, endokarditt, sepsis, encefalitt osteomyelitt, og hudinfeksjoner som sår eller abscessdannelse (Mørland & Waal, 2016, s. 181-182). Dette er typiske innleggelsesårsaker på somatisk sykehus.

I tillegg til somatiske sykdommer har mange brukere av opioider symptomer på depresjon, emosjonell instabilitet og energimangel, og selvmordsrisikoen er betydelig økt for denne gruppen (Skjøtskift, 2018, s. 106).

Blandingsmisbruk

Mennesker som utvikler avhengighet til et rusmiddel, tar ofte gjerne flere forskjellige typer rusmidler. Dermed er det ikke uvanlig at mennesker som bruker opioider, også bruker rusmidler som for eksempel cannabis, alkohol, sentralstimulerende rusmidler og beroligende midler (Mørland & Waal, 2016, s. 263).

2.2.3 Diagnostikk og behandling

Diagnosen avhengighetstilstand bør bygge på en forståelse av avhengighetsgrad og av hvilken grad opioidbruken styrer livet til personen. For personer med etablert avhengighet av opioider, finnes det flere diagnostiske underkategorier. Det er blant annet diagnoser for

pasienter som for tiden er abstinent, som mottar vedlikeholdsbehandling, som behandles med antagonist, som er aktive brukere og for pasienter som er preget av et vedvarende bruk av opioider. Til felles har alle at det foreligger en avhengighetstilstand til grunn (Mørland & Waal, 2016, s. 171).

Når det kommer til behandling av opioidavhengighet finnes det to hovedretninger. Abstinensorientert behandling tar sikte på at pasienten skal redusere eller slutte helt med bruken av opioider. Vedlikeholdsbehandling skal stabilisere pasienten med et egnet opioid slik at pasienten skal mestre en vanlig sosial tilværelse uten å måtte skaffe seg opioider illegalt (Mørland & Waal, 2016, s. 171-172). Det er vanlig at rusmiddelavhengige følges opp av Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). TSB er et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten som utreder pasientens medisinske, psykiske og sosiale utfordringer, og tilrettelegger behandlingen deretter (Helsedirektoratet, 2015).

2.2.4 Relevante pasientfenomener

Pasienter med sterke smerter kombinert med stoffmisbruk er spesielt utfordrende å behandle. Dette fordi stoff- og medikamentmisbruk kan undergrave et ellers godt behandlingsopplegg og redusere effekten av smertebehandlingen de får (Kongsgaard et al., 2005, s. 2808). Som følge av langvarig bruk av opioider, kan pasienten utvikle toleranse og avhengighet. Det fører til at denne pasientgruppen behøver større doser med opioider for å få dekket det basale behovet for opioider, samt for å bli smertelindret (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Det mangler gode, veldokumentert behandlingsopplegg for smertelindring hos denne pasientgruppen. Utfordringene knyttet til smertelindring av opioidavhengige pasienter fører til at mange ofte er underbehandlet (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Dersom disse pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring på sykehus, kan det oppstå flere negative konsekvenser, som nevnt innledningsvis. Derfor kreves det ekstra tett oppfølging og stor innsats fra helsepersonellet når denne pasientgruppen skal smertelindres (Kongsgaard et al., 2005, s. 2810).

2.2.5 Den opioidavhengige på sykehus

Sykdom og innleggelse kan for mange oppleves som en krise (Stubberud, 2019, s. 16). Akutt og kritisk somatisk sykdom påvirker pasientens fysiske og psykososiale behov. Hvordan pasienten reagerer på akutt og/eller kritisk sykdom er forskjellig fra person til

person, og har sammenheng med faktorer som blant annet alder, tidligere erfaringer, utdanning, kultur og etnisitet. Når man blir syk, blir man mer eller mindre avhengig av andre, og det kan for mange true ens selvbilde og verdighet (Stubberud, 2019, s. 15). Mange med rusmiddelavhengighet opplever å bli stigmatisert i samfunnet, noe som kan påvirke helsetilbudet de mottar, samt at brukermedvirkning påvirkes av dårlige relasjoner med helsepersonellet (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). Et sykehusopphold kan også bety mulighet for ro og hvile fra en hektisk og vanskelig hverdag for den rusmiddelavhengige pasienten (Skoglund & Biong, 2018, s. 183).

2.3 Smerte

Smerte kan forklares som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Danielsen et al., 2016, s. 383). Det er et sammensatt fenomen som ikke bare er et resultat av de medisinske årsakene, men som også påvirkes av pasientens psykososiale tilstand og kulturelle faktorer. Smerte er en personlig erfaring, og bare den som selv opplever smerten kan vite hvordan den følelsen, intensiteten og hvor lenge den varer. Dersom pasientens uttrykk for smerter oppfattes som overdrevet, er det stor risiko for at smertene forblir underbehandlet (Danielsen et al., 2016, s. 383-384).

Smerte og opioidavhengighet

Den smertestillende virkningen er den viktigste terapeutiske virkningen til opioider (Mørland & Waal, 2016, s. 162). Med jevnlig, gjentatt bruk av opioider, vil pasienten utvikle toleranse og abstinenssymptomer. Toleranse vil blant annet innebære behov for økt opioiddose for å lindre smerter (Mørland & Waal, 2016, s. 164). I tillegg har mange pasienter med opioidavhengighet en tendens til hyperalgesi og senket smerteterskel, og kan derfor reagere mer på smerter enn andre (Mørland & Waal, 2016, s. 322).

2.4 Sykehus

2.4.1 Sykepleier og den opioidavhengige pasienten

En pasient som kommer på sykehus, uavhengig av årsak, vil ofte være i en form for krise (Stubberud, 2019, s. 16). En viktig del av sykepleie omfatter utøvelsen av omsorg. Her er sykepleierens holdninger og uttrykte omtanke overfor pasienten avgjørende for kvaliteten på omsorgen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 19). Sykepleier må evne å se hvordan pasienten

opplever sin situasjon, og se sykdommen i sammenheng med livssituasjonen til pasienten. Her er det viktig at sykepleier ser symptomene pasienten opplever som følge av sykdom eller skade, hvordan sykdommen eller skaden kommer til uttrykk hos pasienten, og hvordan pasienten opplever seg selv og blir oppfattet av samfunnet (Stubberud, 2019, s. 17).

Møtet mellom sykepleier og den opioidavhengige pasienten på sengepost byr på flere utfordringer. Rusproblemer fører ofte til skam- eller skyldfølelse hos mennesket. Rusbruken gir en blandet følelse da det ikke kun er en onde for personen, men også knyttet til positive opplevelser og noe brukeren har lyst på. Møtet mellom sykepleier og den opioidavhengige pasienter kan være preget av ulike normer, holdninger og verdivurderinger (Mørland & Waal, 2016, s. 66). Her er det viktig at helsepersonellet møter pasienten på en åpen måte. Det er viktig at helsepersonell kartlegger rusvaner, men at dette gjøres på en måte som ikke ødelegger for en god samarbeidsrelasjon. Ved at helsepersonellet klarer å formidle sitt ønske om å hjelpe tydelig nok, vil dette ofte føre til at pasienten åpner opp og svarer ærlig på spørsmål omkring rusmiddelbruk (Mørland & Waal, 2016, s. 66).

Som følge av rusmiddelavhengigheten har pasientene også en rekke psykososiale problemer som sykepleier på sengepost må ta hensyn til underveis i oppholdet og ved utskrivelsen. Blant annet har mange rusmiddelbrukere ofte psykiske lidelser som kan kreve ekstra tid, ro, trygghet og oppmerksomhet (Skoglund & Biong, 2018, s. 178-183).

Kartlegging av pasientens smerter og abstinens er viktig for å kunne gi adekvat smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 405). For å vurdere grad av smerte kan sykepleier benytte seg av VAS eller NRS, som begge er visuelle skalaer som måler smertens intensitet (Danielsen et al., 2016, s. 390-391). For å vurdere pasientens abstinenser kan sykepleier bruke Clinical Opioid Withdrawal Scale (COWS). Det er et registreringsskjema som brukes til å vurdere omfanget og graden av opioidabstinens (Mørland & Waal, 2016, s. 169). NEWS er et kartleggingsverktøy som fanger opp eventuelle forverring eller forbedringer hos den syke pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32-33). Gjennom NEWS kan sykepleier fange opp fysiologiske smertereaksjoner, som forhøyet respirasjonsfrekvens, blodtrykk og rask puls (Danielsen et al., 2016, s. 389).

2.4.2 Relevant lovverk

Etter Pasient- og brukerrettighetsloven §1-1 er formålet med loven å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Videre sier Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der det nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Det vil si at dataen som brukes for å besvare problemstillingen hentes fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som utfordrer helsepersonell i å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidavhengighet.

3.1 Fremgangsmåte for søket

3.1.1 Valg av databaser og søkeord

Problemstillingen ble brukt som utgangspunkt ved søk etter forskningsartikler. Databasene som hovedsakelig ble brukt er SveMed+ og PubMed. SveMed+ er en referansedatabase som dekker nordiske tidsskrifter innen medisin og helsefag. Denne databasen ble valgt fordi det er ønskelig å finne forskning fra Norden, med høy overførbarhet til norske sykehus og helsepersonell. PubMed er en database som inneholder referanser til tidsskriftartikler fra medisinske og helsefaglige tidsskrifter. Denne databasen ble valgt da den inneholder et stort antall fagfelleverderte tidsskriftsartikler. Det ble gjennomført semistrukturerte søk. Videre ble snøballmetoden brukt ved at jeg så etter relevante forskningsartikler og annen litteratur i litteraturlistene til artiklene jeg fant i søkene.

Søkeord ble utarbeidet ut ifra problemstillingen, med hensikt om å finne relevant forskning som kunne belyse problemstillingen. Oppslagsverket MeSH ble brukt for å finne søkeord som passet til problemstillingen. Søkeordet *Pain management* ble brukt for å finne forskning som så på sykepleierens lindrende funksjon, spesielt med tanke på smerter. Det viste seg å være vanskelig å få treff på søkeord for opioidavhengighet. Dermed ble søkeordet utvidet til *Substance use disorder*, som omfavnet alle former for rusmiddelavhengighet. Til slutt ble søkeordene *Nursing* og *Nurse competence* brukt for å rette søket mot sykepleieperspektivet.

3.1.2 Litteratursøk

Avgrensninger og inklusjonskriterier

Litteratursøket er presentert nedenfor i Tabell 1. Utvalget av artiklene ble gjort ved hjelp av avgrensninger i søket. Det viktigste kriteriet var at det var forskningsartikler fra fagfelleverderte tidsskrifter. Dette sikrer at hovedartiklene som brukes i denne oppgaven holder vitenskapelig standard (Dalland, 2020, s. 145). Hvorvidt artiklene er fagfelleverdert

ble dobbeltsjekket gjennom Norsk senter for forskningsdata. Søkene ble begrenset til at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, samt være på språkene norsk, dansk, svensk eller engelsk.

På søkene kom det flere treff. Det ble brukt inklusjonskriterier for å finne ut hvorvidt disse artiklene kunne være relevante for å belyse problemstillingen eller ikke. Første inklusjonskriteriet var at det skulle være pasienter innlagt på sykehus. Det andre var at pasientene ikke skulle være innlagt for sin ruslidelse (ROP-lidelse), men at det skulle omhandle pasienter innlagt på somatisk sykehus. Det var også ønskelig å finne både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Kvantitative artikler var ønskelig fordi de kan gi harde, objektive data i form av tall, som kan brukes til å belyse problemstillingen. Fordelen med kvalitative forskningsartikler er at de kan gi forståelse, erfaringer, tanker og få frem nyanser som kan brukes til å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 75-76).

Ut ifra disse kriteriene ble det valgt ut tre forskningsartikler (se Tabell 1). Den fjerde artikkelen som ble valgt til å belyse problemstillingen i denne oppgaven er *Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the "narc" cabinet* av Merrill et al. (2002). Denne oppfyller ikke kriteriet om publiseringsdato innen de siste 10 årene, men ble likevel valgt da dette er en artikkel som nyere forskning fortsatt siterer, og vurderes dermed til å fortsatt ha stor betydning innen fagfeltet. Den er ikke inkludert i tabell 1 fordi den ble funnet gjennom bruk av snøballmetoden, i litteraturlisten til artikkelen av Li et al. (2012) som ble funnet gjennom søk nummer 1 (se Tabell 1).

Tabell 1: Søkeshistorikk.

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/ordkombinasjoner	Antall treff totalt	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
04/01/21	1	SveMed+	Pain management AND Substance use disorder AND Nursing	4	4	3	2	Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). <i>Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.</i> Li, R., Andenæs, R., Undall, E. &

								Nåden, D. (2012). <i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.</i>
04/01/21	2	PubMed	Substance use disorder AND Pain management AND Nurse competence	16	3	1	1	Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). <i>Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.</i>

3.2 Utvalg av faglitteratur

I tillegg til de fire utvalgte forskningsartiklene er det blitt brukt faglitteratur til å belyse problemstillingen. Faglitteratur er hovedsakelig hentet fra pensumlitteratur på bachelorutdanningen og Lovisenberg Diakonale Høgskole sitt bibliotek. Boken *Rus og avhengighet* fra 2016 av Jørg Mørland og Helge Waal er brukt i oppgaven for å dekke det teoretiske grunnlaget rundt temaene opioider, opioidavhengighet og det biopsykososiale perspektivet på rusmiddelavhengighet. Bokens forfattere har viktige stemmer innenfor rusmedisin, og har deltatt i og bygget opp sentrale forskningsmiljøer omkring rusmiddelfeltet i Norge. Boken *Klinisk sykepleie 1* (5 utgave) fra 2016 av redaktørene Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås har vært viktige for det teoretiske grunnlaget omkring sykepleiers funksjon og ansvar (kapittel 1) og sykepleie ved smerter (kapittel 10). Denne boken har vært viktig pensumlitteratur gjennom hele sykepleierstudiet, og er verdifull for å belyse det sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven. Boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* fra 1999 av Joyce Travelbee er brukt for å trekke frem hennes sykepleieteori, med spesielt fokus på menneske-til-menneske-forholdet. Kapittel 9 i boken *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 utgave) fra 2018 av redaktørene Stian Biong og Siri Ytrehus har gitt et generelt grunnlag for forståelsen rundt sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. Denne boken er skrevet spesielt for studenter og ansatte i helse- og sosialfaglige utdanninger med interesse for rusfeltet.

3.3 Kildekritikk

Søkeordene som ble brukt var mindre spesifikke, spesielt med tanke på at det ikke ble søkt direkte på opioidavhengighet. Derfor er det en mulighet for at jeg har gått glipp av relevante forskningsartikler som kunne vært gode til å besvare problemstillingen.

Sekundærkilder ble benyttet ved noen få anledninger der jeg ikke har fått tilgang til primærkilden. En risiko med sekundærkilder er at det kan medføre feiltolkninger når informasjon blir forstått utenfor sin opprinnelige kontekst.

To av artiklene ser på pasienter med rusmiddelavhengighet generelt, ikke opioidavhengighet isolert. Artiklene er likevel inkludert, da det antas å være overførbart uavhengig av hvilke rusmiddel pasienten er avhengig av. I tillegg er det ikke uvanlig at mennesker med avhengighetslidelse bruker en blanding av ulike rusmidler.

Tre av fire forskningsartikler kommer fra Norge, med data samlet på norske sykehus. Dette er positivt, da de viser til erfaringer og tall fra norske sykehus. Artikkelen av Merrill et al. (2002) er fra USA og oppfyller ikke kriteriet satt om tidsspenn på 10 år. Det kan derfor diskuteres hvorvidt denne artikkelen er overførbart til det norske helsevesenet i 2021. Artikkelen er likevel inkludert da det er en artikkel som er mye sitert, også de siste årene, og fremstår som en anerkjent artikkel innenfor fagmiljøet.

En svakhet med studien til Li et al. (2012) er at holdninger er en konstrukt som er vanskelig å måle, det vil si at det er vanskelig å observere direkte, og studiens reliabilitet og validitet avhenger av hvor godt spørreskjemaet evner å fange virkeligheten (Friborg, 2010, s. 15-16). I tillegg er spørreskjemaet egenutviklet og ikke validert eller testet i andre studier, og man kan derfor ikke være sikre på stabiliteten til spørreundersøkelsen (Friborg, 2010, s. 26).

Svarprosenten i studien er høy (72 prosent) og anses som en styrke da det kan tolkes som at respondentene anså temaet som relevant og verdt å bruke tid på. Dette kan gi grunn til å tro at respondentene har svart på spørreskjemaet med oppriktig interesse, og det minimerer risikoen for tilfeldige feil (Friborg, 2010, s. 18). Videre er det en styrke at utvalget er fordelt på fire sykehus forskjellige steder i Norge, noe som viser høy overførbart uavhengig hvor i landet man befinner seg. På den andre siden er spørreskjemaet gitt til avdelinger med større grad av erfaring med smertelindring til opioidavhengige pasienter. Man kan dermed stille seg kritisk til om svarene ville vært de samme fra sykepleiere med mindre erfaring.

I studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) var heller ikke spørreskjemaet testet eller validert, og man er nødt til å stille seg kritisk til stabiliteten til spørreskjemaet også her (Friborg, 2010, s. 26). I motsetning til studien til Li et al. (2012) har Krokmyrdal og Andenæs (2015) kun samlet data fra en del av landet, og det er derfor usikkert om resultatene er representative for hele landet. En annen svakhet er at studien har et lite utvalg, der kun 98 respondenter svarte på spørreskjemaet. Det må derfor vurderes hvorvidt resultatene kan generaliseres for alle sykepleiere i Norge. Til slutt er det verdt å nevne at kunnskap også er en konstrukt som er vanskelig å måle. En svakhet kan dermed være at spørreskjemaets spørsmål ikke klarer å reflektere kunnskapen til helsepersonell (Friborg, 2010, s. 15-16).

I studien til Govertsen et al. (2019) hadde forskerne erfaringer med å arbeide med opioidavhengige pasienter med smerter. En styrke med dette er at de har en forståelse innenfor fagfeltet, noe som kan bidra til at relevante spørsmål blir stilt under intervjuene. På den andre siden kan denne forståelse også føre til at viktige momenter blir oversett eller undervurdert fordi det for dem oppleves som selvsagt, og dermed ikke kommer frem i resultatene. Dette var en faktor forfatterne var klar over underveis i prosessen, og kan dermed også være en styrke fordi det reduserer risikoen for at det påvirket studien. En annen svakhet ved denne studien er at det er en kjent tendens til at informanter svarer positivt på spørsmål i forskningsintervjuer, og mulige utfordringer i møte med den opioidavhengige pasienten kan ikke ha blitt dekket (Kvale et al., 2009, sitert i Govertsen et al., 2019).

En svakhet ved forskningsartikkelen til Merrill et al. (2002) er at dataen hovedsakelig er basert på forhold mellom pasienter som bruker illegale rusmidler og deres leger. Dataene brukt i studien er hovedsakelig samlet fra observasjoner gjort under interaksjoner mellom lege og pasient, men også fra interaksjoner med sykepleiere og sosialarbeidere. Funnene i denne studien antas likevel å være overførbare til sykepleiere, da det er samme kontekst i form av relasjon mellom helsepersonell og pasienter med rusmiddelavhengighet på sykehus. En annen svakhet i studien til Merrill et al. (2002) er at deltakerne visste at de ble observert. Dette kan ha påvirket atferden til deltakerne, og det foreligger derfor en risiko for at former for stigmatisering og underbehandling ikke ble oppdaget.

3.4 Etiske vurderinger

Egne kliniske erfaringer fra praksis og jobb er omtalt i henhold til taushetsplikten.

Hovedregelen om taushetsplikt sier at “helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, §21). Omtale om pasienter, arbeidsplass og praksiserfaringer er anonymisert, slik at det ikke skal være mulig å identifisere dem basert på beskrivelsene gitt i denne oppgaven.

4 Presentasjon av forskningslitteratur

Nedenfor presenteres forskningsresultater fra de fire forskningsartiklene som danner utgangspunktet for drøftingen av problemstillingen satt i denne oppgaven (Tabell 2).

Artikkel nr 1 (se tabell 2) trekker frem og diskuterer utfordringer omkring tillitsforholdet mellom sykepleier og den rusavhengige pasienten, manglende kompetanse hos sykepleiere på sengepost, og behovet for godt samarbeid mellom smerteteam, sykepleiere på sengepost, legene og ledelsen. Artikkel nr 2 (se tabell 2) viser til utfordringer knyttet til manglende kunnskaper omkring smertelindring av pasienter med opioidavhengighet, kartlegging av pasientens smerter og rusmisbruk, sykepleieres holdninger til denne pasientgruppen, og tillitsforholdet mellom sykepleier og pasienten. Funn i artikkel nr 3 (se tabell 2) tyder på at sykepleieres utfordringer omkring smertelindring av pasienter er kunnskap om smerter hos pasientgruppen, kunnskap om evaluering av smerten, og holdninger og tilliten til denne pasientgruppen. Artikkel nr 4 (se tabell 2) finner fire hovedutfordringer i møtet med pasienter som bruker illegale rusmidler. Disse var at helsepersonellet var redde for å bli lurt av pasienter som bruker illegale rusmidler, de manglet en standard prosedyre for å behandle smerter og abstinenssymptomer, de var ukomfortable i møtet med denne pasientgruppen, og at pasienter som bruker illegale rusmidler hadde manglende tillit til helsevesenet.

Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr	Forfatter og årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen og Ellen Benestad Moi (2019)	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.	Sykepleien Forskning	Å undersøke spesialsykepleiere sine erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.	En kvalitativ studie som foretok en kvalitativ innholdsanalyse av individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere i smerteteam fra fire forskjellige norske sykehus.	Smerteteam har gode erfaringer rundt smertelindring hos denne pasientgruppen. De har mer tid til direkte pasientkontakt. De kan bidra med støtte og undervisning i hvordan man skal dosere og kombinere ulike medikamenter for å lindre smerte hos rusavhengige pasienter til andre helsepersonell. De bistår med kunnskap om rusanalyse og smertekartlegging, hvordan man kan etablere tillit og trygghet, samt kommunisere med rusavhengige pasienter. Samarbeid med

						helsepersonell vektlegges.
2	Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall og Dagfinn Nåden (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.	Sykepleien Forskning	Kartlegge helsepersonell sine handlinger, holdninger og kunnskaper til opioidavhengige pasienter med smerte innlagt i norske sykehus.	Beskrivende tverrsnittsdesign som er basert på en spørreundersøkelse. Det ble brukt et hensiktsmessig utvalg som besto av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesiavdelinger.	38% av respondentene oppga at de kartla pasientens rusmisbruk. 47% ga pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. 52% brukte aldri smertekartleggingsverktøy. Egenvurdert kunnskapsnivå angående smertelindring hos rusmisbrukere var 3 av 5. 56,1% av sykepleierne oppga at de følte seg manipulert av opioidavhengig pasienter. 20,8% av sykepleierne trodde på pasientens smerteforvidling. 55,7% av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom.
3	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.	Å rapportere på en norsk pilotstudie som tok for seg sykepleieres kunnskap om smerter og kompetanse innenfor smertelindring hos pasienter som misbruker opioider.	Beskrivende tverrsnittstudie som brukte data som ble samlet ved hjelp av spørreskjema.	88% av sykepleierne hadde ikke nok kunnskap om smertelindring hos pasienter med opioidavhengighet. 88% og 77% oppga arbeidserfaring og kollegaer som viktigste kilde til kunnskap. 65% av respondentene hadde basiskunnskaper for å evaluere smerte, men 54% kunne ikke evaluere grad av smerte. Nesten 62% av respondentene stoler ikke på pasientens rapportering av smerte, hos pasienter med opioidavhengighet.
4	Joseph O. Merrill, Lorna A. Rhodes, Richard A. Deyo, Alan Marlatt og Katharine A. Bradley (2002)	Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the «Narc» Cabinet.	Journal of General Internal Medicine	Få en bedre forståelse av det ofte kompliserte forholdet mellom pasienter som bruker illegale rusmidler og deres behandlere, samt å identifisere hovedproblemene som oppstår under deres møte.	Eksplorativ kvalitativ analyse av data fra direkte observasjon av pasientsituasjoner og intervjuer med pasienter som bruker illegale rusmidler og deres behandlere.	Fire hovedpunkter blir trukket frem. 1) Behandlere var redd for å bli lurt av denne pasientgruppen. De var spesielt usikre på om pasienten etterspurte opioider for å behandle smerte eller abstinenser på bakgrunn av avhengigheten eller om det faktisk var medisinsk nødvendig. 2) De manglet en standard prosedyrer for å møte vanlige kliniske problemstillinger, som for eksempel behandling av smerte og abstinenser..

						<p>3) Behandlerne unnlatte å forholde seg til pasientens klager, og viste at de var ukomfortable og usikre rundt tilnærmingen til denne pasientgruppen.</p> <p>4) Pasienter som bruker illegale rusmidler var sensitive for opplevelsen av dårlig medisinsk behandling, og oppfattet ofte behandlerens inkonsekvens eller sykehusets ineffektivitet som et tegn på bevisst dårlig behandling.</p>
--	--	--	--	--	--	---

5 Diskusjon

I dette kapittelet brukes det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, egne erfaringer og resultater og funn fra utvalgte forskningsartikler for å drøfte problemstillingen: «*Hvilke utfordringer møter sykepleier ved smertelindring hos opioidavhengige pasienter på sykehus?*». Kapittelet er strukturert ved å drøfte temaene kunnskap, holdninger og sykepleierens møte med den opioidavhengige pasienten.

5.1 Sykepleiers kunnskap

Smertelindring av pasienter med opioidavhengighet er en komplisert oppgave som krever høy sykepleiefaglig kompetanse. Forskning viser at sykepleiere mangler kunnskap til å evaluere og behandle smerter og abstinenser blant pasienter med opioidavhengighet (Li et al., 2012, s. 257). I en studie av Andenæs og Krokmyrdal (2015) angir 54,1% av sykepleierne at de ikke kan evaluere grad av smerte og 87,8% av sykepleierne hevdet at de ikke hadde nok kunnskap om smertebehandling. Graden av mangelfull kunnskap som denne forskningen viser er dramatisk og kan true pasientens rett til forsvarlig hjelp.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene, har sykepleier et ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområdet, samt at man bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 1). Ved å bruke forskningsbasert kunnskap, kan man som sykepleier redusere tilfeldig og vilkårlig praksis. Dette gjør også at det lettere kan argumenteres for de handlingsvalg som tas (Nordtvedt et al., 2012, sitert i Danielsen et al., 2016, s. 382). Gjennom å oppdatere seg på forskning omkring smerter og smertelindring hos opioidavhengige, kan sykepleier sin forståelse og respekt for pasientens smerteopplevelse øke og føre til målrettede tiltak for å lindre pasientens smerter (Danielsen et al., 2016, s. 382). Manglende kunnskaper gjør det utfordrende å gi forsvarlig hjelp. En viktig sykepleieroppgave er å holde seg oppdatert innenfor fagfeltet, og det er avgjørende for kvaliteten på omsorgen som gis til pasienten.

Sykepleierne i smerteteam erfarte tidvis dårlig smertebehandling og manglende kunnskap hos enkelte sykepleiere og leger på sengepost. En respondent understreket at utvidede fagkunnskaper omkring smertelindring ble ansett som et kriterium for å lykkes med smertelindringen av rusavhengige (Govertsen et al., 2019). Studien av Krokmyrdal og Andenæs (2015) viste at en tredjedel av respondentene trodde at opioider som

smertebehandling bidro til pasientens avhengighet. Pasientene som innlegges på sengepost for annen sykdom enn avhengigheten, har ikke som hovedmål å avruses. Hos denne pasientgruppen bør derfor god smertelindring settes høyere enn frykten for overmedisinering (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Det manglende kunnskapsgrunnlaget virker å skape en usikkerhet hos sykepleiere, som kan lede til mangelfull behandling. Et eksempel på hvordan en slik utrygghet kan påvirke behandlingen synliggjøres i studien til Govertsen et al. (2019) der en respondent påpekte at det er få sykepleiere som tør å øke dosen med morfinpreparater intravenøst opp mot 100 mg, dersom de aldri har gjort det tidligere, på tross av at denne pasienten har behov for høye doser. Dersom sykepleier opplever å ha et godt kunnskapsgrunnlag kan de føle seg tryggere i møte med den opioidavhengige pasienten med smerter, og i økt grad evne å ivareta pasientens grunnleggende behov. Behovet for økt kunnskap omkring smertelindring fremstår som tydelig. Et viktig spørsmål blir derfor hvordan det på best mulig måte kan legges til rette for at sykepleiere kan erverve denne kunnskapen og ta den i bruk i praksis.

Studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) avdekket at grunnutdanningen til sykepleiere ikke er en stor bidragsyter når det kommer til kunnskap om smertelindring av opioidavhengige pasienter. Det kan diskuteres om en bachelorgrad i sykepleie gir studentene nok kunnskap for å kunne gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidavhengighet, som er en pasientgruppe man sannsynligvis vil møte de fleste steder man arbeider som sykepleier. I tillegg fant studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) ut at å basere for mye kunnskap på kollegaer for og bygge kompetanse kan være en mindre god strategi, dersom det ikke er godt organisert. Men dersom det er godt organisert, kan kollegatrening være positivt for å bygge kompetanse blant sykepleiere på sykehus. Dette underbygges av studien til Govertsen et al. (2019) der respondentene opplevde at sykepleiere på sengepost lærte mer når smerteteamet gjorde vurderinger sammen med dem, og når det ble arrangert fagdager der smerteteam kunne undervise sykepleiere på sengepost om smertelindring til rusavhengige.

Ettersom kunnskapen sykepleiere får fra utdanningen ikke ser ut til å være tilstrekkelig til å gi egnet smertelindring til pasienter med stoff- og medikamentavhengighet, samt at denne kunnskapen har vist seg å være mangelfull på sengeposter, er det avgjørende at helsepersonellet arbeider tverrfaglig for å innhente nok kompetanse (Kongsgaard et al., 2005, s. 2810). Helsepersonelloven paragraf §4 andre ledd vedrørende forsvarlighet, sier at man som helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og at man skal innhente

bistand eller henvise pasienter videre der egne kvalifikasjoner ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre sier de yrkesetiske retningslinjene om sykepleier og medarbeidere at man skal fremme et åpent og tverrfaglig samarbeid (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 4). For opioidavhengige pasienter kan det være behov for substitusjonsbehandling for å kunne behandle de somatiske lidelsene på sykehus. Det bør gjøres i samarbeid med TSB for å sikre at avhengighetstilstanden følges opp og behandles på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2015). Dette understreker viktigheten av å kjenne sine begrensninger og et tiltak kan være å tilkalle smerteteam, TSB og/eller annet helsepersonell med god kompetanse innen smertelindring. I tillegg er det viktig at det blir rettet et større fokus mot sykepleieres kunnskapshull i smertelindring av opioidavhengige pasienter, slik at avdelinger på sykehus sørger for å arrangere fagdager og andre tiltak som øker kompetansen blant sykepleiere på sengepost.

5.2 Sykepleiers holdninger

Mangelfull smertelindring til denne pasientgruppen kan ikke kun forstås som et resultat av manglende kunnskap, men også som et resultat av holdninger og intensjoner som påvirker handlingsvalg (Li et al., 2012, s. 258). I dag finnes retningslinjer for hvordan man skal smertelindre pasienter som er opioidavhengige (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Likevel er smertelindring hos denne pasientgruppen ansett som et av de mest utfordrende problemene i klinisk praksis (Kongsgaard et al., 2005, s. 2808).

I studien til Li et al (2012) angir respondentene at de har høy kunnskap omkring toleranse hos rusavhengige og det faktum at de behøver store doser opioider for å få smertelindrende effekt. På tross av dette får opioidavhengige pasienter ikke mer analgetika enn andre pasienter innlagt på sykehus (Li et al., 2012, s. 257). Det manglende samsvaret mellom faktisk kunnskap og anvendt kunnskap kan blant annet komme fra sykepleiers holdninger til pasienten. En studie av Natan et al. (2009) fant at sykepleiers holdninger til pasienter som bruker illegale rusmidler hadde en viktig effekt på sykepleierens intensjoner om å gi omsorg av høy kvalitet til pasienten med rusmiddelavhengighet. I litteraturstudien til van Boekel et al. (2013) fant de ut at helsepersonell hadde generelt negative holdninger knyttet til pasienter med rusavhengighet. I tillegg ble det avdekket at mangelfull opplæring, mangelfull kunnskap og dårlig arbeidsmiljø i møte med denne pasientgruppen bidrar til negative holdninger blant helsepersonellet.

De nevnte studiene viser tydelig hvordan holdninger kan påvirke helsehjelpen som gis. Van Boekel et al. (2013) pekte også på faktorer som ga positiv effekt på holdningene til helsepersonellet som arbeidet med rusavhengige pasienter. Et støttende arbeidsmiljø og et sterkt kunnskapsgrunnlag ble trukket frem som nøkkelfaktorer. Dette understøtter behovet for organiserte fagdager for sykepleiere på sengepost, som ble diskutert i kapittelet om sykepleiers kunnskap. Økt kunnskap virker positivt inn på holdninger og kan føre til økt intensjon om å gi omsorgsfull sykepleie til den opioidavhengige pasienten.

Ettersom sykepleiers holdninger har en sentral innvirkning på helsehjelpen som gis, er det viktig å få tak på hvorfor mange sykepleiere har negative holdninger til pasienter med rusavhengighet. Rusavhengige har på lik linje med andre rett på helsehjelp og tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). I tråd med dette er det viktig å ha en nyansert forståelse for hva opioidavhengighet er, hvordan det oppstår og hvilken betydning det kan ha for ulike mennesker i ulike situasjoner (Mørland & Waal, 2016, s. 25). Bare 55,7% av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom (Li et al., 2012, s. 257). Studier viser at det fortsatt finnes holdninger blant helsepersonell om at rusavhengighet er selvforskyldt (Govertsen et al., 2019).

En forståelse av at opioidavhengige selv er skyld i egen lidelse kan bidra til negative holdninger til denne pasientgruppen. For å oppnå en holdningsendring er det viktig å øke forståelsen for hvorfor noen prøver rusmidler, hvorfor noen er mer sårbare enn andre, samt hvorfor noen velger å fortsette på tross av de negative konsekvensene rusmiddelbruken medfører (Mørland & Waal, 2016, s. 59). Dersom sykepleier evner å ha en helhetlig forståelse for hvorfor opioidavhengighet utvikles og hvordan en avhengighet påvirker en person, kan det forhåpentligvis medføre at sykepleien utføres ut fra et ønske om å hjelpe, fremfor ut fra plikt (Ververda et al., 2018). Dette underbygges av Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold, som understreker at dersom man evner å se personen bak sykdommen og utvikler empati og sympati for pasienten, vil man få et genuint ønske om å lindre pasientens smerte.

Pasienter med opioidavhengighet oppleves som en utfordrende pasientgruppe. Egne erfaringer fra klinisk praksis har vist en motvilje blant helsepersonell mot å håndtere disse pasientene. Sykepleiere har beskrevet denne pasientgruppen som vanskelige, manipulative, russøkende og krevende (Haber et al., 2009, s. 1286). Typisk vanskelig oppførsel er sinne, uro på avdeling

og bruk av illegale rusmidler mens de er innlagt. Sett fra fra pasientens side kan denne atferden komme av opplevelsen av å bli stigmatisert og dårlige erfaringer fra tidligere møter med helsevesenet. I tillegg kan vanskelig oppførsel komme av at pasienten har underbehandlet smerte eller abstinenser (Haber et al., 2009, s.1290). En sykepleier i studien av Govertsen et al. (2019) påpekte viktigheten av å nullstille seg før møtet med pasientene. Videre uttrykte respondentene at det er viktig å møte den rusavhengige pasienten på lik måte som andre pasienter med smerteproblematikk. På egen arbeidsplass ble muligheten for å se pasientens diagnoser gjort mindre tilgjengelig. Dette førte til at det ikke blir informert om pasienten er rusavhengige før første møte med pasienten, og dermed møtes den rusavhengige pasienten med samme grunnlag som alle andre pasienter.

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier har et ansvar om å utøve sykepleie som fremmer helse og forebygge sykdom, og ivareta pasientens verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 2). Oppsummert tyder forskningen på at sykepleiers holdninger til pasienter med opioidavhengighet påvirker kvaliteten på omsorgen som gis. Økt kunnskap og forståelse om opioidavhengighet kan hjelpe sykepleier til å overkomme negative holdninger. Dette kan igjen føre til økte intensjoner om å gi adekvat smertelindring til pasienten. Dersom pasienten opplever å bli sett, hørt og inkludert, kan dette forhåpentligvis føre til et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, og at pasienten blir mindre krevende.

5.3 Sykepleiers møte med pasienten

Som påpekt tidligere kan manglende kunnskapsnivå, så vel som negative holdninger til pasientgruppen, bidra til at opioidavhengige pasienter ikke får god nok smertelindring. Det tyder på at det foreligger en sammenheng mellom disse faktorene der manglende kunnskap påvirker sykepleierens holdninger og behandlingsintensjoner, som igjen påvirker hjelpen som gis. Forskning på hvordan denne pasientgruppen møtes på sykehus kan gi et bilde på hvilke utfordringer dette skaper for sykepleiers utøvende sykepleie.

5.3.1 Kartlegging

En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter er viktig for planlegging, iverksetting og evaluering av individuelt tilpassede smertelindrende tiltak (Danielsen et al., 2016, s. 390). Faglige retningslinjer for leger i Norge peker på at det er helt essensielt å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å kunne forebygge abstinenser, og for å kunne gi

adekvat smertelindring til pasienter med opioidavhengighet (Den norske legeforening, 2009, s. 33). Pasienter som er avhengig av opioider må få sitt basale opioidbehov dekket for å hindre abstinenser. De har behov for ytterligere smertelindring for å lindre de akutte smertene (Kongsgaard et al., 2005, s. 2809). Ved smertelindring hos opioidavhengige pasienter bør avhengigheten identifiseres før smertebehandlingen påbegynnes.

God kartlegging av hva pasienten bruker, hvor mye, og når siste dose sist ble inntatt er grunnleggende for adekvat smertelindring. Dette gir økt mulighet for å gi en god individuelt tilpasset smertebehandling (Danielsen et al., 2016, s. 405). Det underbygges av forskningen til Govertsen et al. (2019) der sykepleierne i smerteteam påpekte at smertekartlegging og rusanalyse måtte gjennomføres tidlig i pasientforløpet. I Li et al. (2012) fant de at bare 46,9% sykepleiere svarte at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider. Og 23,2% svarte at de anvendte smertekartleggingsverktøy ofte (Li et al., 2012, s. 256). Det samme viste studien av Merrill et al. (2002) som fant ut at kartleggingen og behandlingen av smerte og abstinenser var spesielt varierende, og manglet en standard prosedyre som kunne sikre god behandling/oppfølging. Dette tyder på at det ikke er tilstrekkelig kartlegging på sengepost.

Det finnes flere forskjellige verktøy og skalaer sykepleier kan bruke for å vurdere og kartlegge smerte og abstinenser. De forskjellige kartleggingsverktøyene kan supplere hverandre, og være til god hjelp for å vurdere smerten. Gjennom bruk av kartleggingsverktøy vil sykepleierne få et felles begrepsapparat for å vurdere smerte, og sykepleierens individuelle holdninger og oppfatninger vil få mindre betydning (Danielsen et al., 2016, s. 390). Sykepleier bør benytte seg av NRS eller VAS, COWS og NEWS for å kartlegge smerter, abstinenser og endringer i pasientens tilstand. Pasientens tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon er faktorer som skaper utfordringer i smertelindringen av pasienter med opioidavhengighet, og bør derfor også kartlegges (Govertsen et al., 2019). For å kartlegge dette er det avgjørende at helsepersonellet oppnår en god relasjon med den opioidavhengige pasienten. Av egen erfaring er det vel så viktig å lytte til pasienten om hans eller hennes bekymringer og utfordringer, som å lindre selve smerten. Det bidrar til å utvikle en god relasjon med pasienten.

På tross av kunnskaper omkring viktigheten av å kartlegge smerter og rusvaner, og at det finnes tilgjengelige kartleggingsverktøy, viser forskning at dette ikke gjennomføres i stor nok grad på sykehus. Dette indikerer at pasientene ikke får den oppfølgingen de har krav på. Et

viktig spørsmål blir derfor å finne ut av hva som står i veien for at tidlig og detaljert kartlegging finner sted, og forklaringene er nok mangfoldige. Pasienter med opioidavhengighet blir opplevd som en krevende pasientgruppe, noe som setter alliansen mellom pasient og sykepleier på prøve. Dette gjør det interessant å vende blikket mot tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient, og om dette påvirker behandlingen som gis.

5.3.2 Tillit

Tillit er grunnleggende i relasjoner mellom helsepersonell og pasient. Tillit er noe vi må gjøre oss fortjent til, og som brått kan forsvinne (Skau, 2017, s. 35). Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell vil være en forutsetning for å oppnå god smertelindring. Med gjensidig tillit menes det at lege og sykepleier har tillit til pasientens smerteopplevelse, samt at pasienten stoler på helsepersonellens ønske om å hjelpe (Nortvedt & Nortvedt, 2001, sitert i Danielsen et al., 2016, s. 388). Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1), og nettopp dette har vist seg som et kjerneproblem i møtet med opioidavhengige pasienter. Hva er bakgrunnen for denne mistilliten og de utfordringene det skaper i møte med pasienten, og for behandlingen som gis?

Som det ble vektlagt under diskusjonsdelen om sykepleieres holdninger, er det sentralt at pasienter med opioidavhengighet opplever å bli møtt på lik linje som andre pasienter (Govertsen et al., 2019). En pasient som opplever trygghet, tillit og respekt, vil få forsterket effekt av smertelindringen som gis (Danielsen et al., 2016, s. 388). I litteraturstudien til Haber et al. (2009) finner de at første steg i smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet bør være å trygge pasienten. Det vil si at helsepersonell skal ta smertene til pasienten på alvor og trygge pasienten i at man skal forsøke å få kontroll på smertene.

Mange pasienter med opioidavhengighet behøver at sykepleier har en tilnærming som er forsiktig og lyttende, og hvor pasienten opplever å bli møtt med empati og respekt (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). Haber et al. (2009) viser til at helsepersonell bør sette klare grenser sammen med pasienten, og understreker at dette skal gjøres med kontinuitet, rettferdighet og omsorg. Det samme belyses i studien til Govertsen et al. (2019) hvor respondentene understreket viktigheten av pasientmedvirkning innen bestemte rammer, samt tett oppfølging gjennom hele pasientforløpet. En respondent i studien til Govertsen et al. (2019) forklarer at

rusavhengige pasienter blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, hvor alt blir tilfeldig. Kartlegging av pasientenes smerter reduserer sjansen for å bli lurt eller manipulert (Alford et al., 2006, sitert i Li et al., 2012, s. 258). Sykepleier kan gjennom å sette klare grenser og inkludere pasienten i behandlingsplanen forhåpentligvis eliminere noen av faktorene som fører til at samarbeidet mellom pasient og sykepleier blir vanskelig. Samtidig blir pasientens rett på medbestemmelse ivaretatt. Dette er i tråd med egne erfaringer, der jeg opplever at dersom pasienten får god informasjon om hva som skal skje og de blir inkludert i behandlingsplanen, vil de slå seg mer til ro og bli mindre krevende.

Mange pasienter med opioidavhengighet har negative erfaringer knyttet til helsevesenet, som kan føre til mistillit. Dette gjør det desto viktigere at pasienten trygges i at de vil få adekvat smertelindring og at abstinenser vil forebygges og håndteres (Li et al., 2012, s. 259). Dette innebærer at sykepleieren må møte pasienten med ærlig og direkte kommunikasjon, hvor man tør å stille utfordrende og direkte spørsmål, på tross av at dette kan føles ubehagelig (Govertsen et al., 2019). Alle pasienter skal få mulighet til å aktivt delta i planleggingen og vurderingen av hvilke smertelindringsmetoder som skal brukes i behandlingen. På denne måten vil pasienten i større grad oppleve en viss kontroll over situasjonen (Danielsen et al., 2016, s.388). Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier skal ivareta pasientens rett til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019, kap 2). Det vil sannsynligvis også bidra til å trygge pasienten i at han eller hun skal få god behandling, og det bidrar dermed til å etablere et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier.

En vanlig misoppfatning blant helsepersonell er at pasienten manipulerer for å oppnå rus (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Dette understøttes av forskning som viser at behandlere var redde for å bli lurt av denne pasientgruppen til å gi dem for mye smertestillende. De var spesielt usikre på om pasienten etterspurte opioider for å behandle smerte eller abstinenser på bakgrunn av avhengigheten eller om det faktisk var medisinsk nødvendig (Merrill et al., 2002, s. 329). I studien til Li et al. (2012) svarte en tredjedel at opioidavhengige pasienter lyver om sitt rusmisbruk. Og kun en fjerdedel av respondentene var helt eller nokså enig i at denne pasientgruppen forteller sannheten når de formidler smerte (Li et al., 2012, s. 259). Samtidig er det mange opioidavhengige pasienter som ikke forteller om sitt misbruk, i frykt for at deres smerteforvidling skal oppfattes som russøkende atferd (Baldacchino et al., 2010, s. 271).

Under halvparten av respondentene i studien til Li et al. (2012) oppga at de erstattet pasientenes daglige bruk av opioider. En av grunnene til dette kan være helsepersonellens bekymringer for eventuell selvmedisinering ved siden av dosen pasienten får på sykehuset. Merrill et al. (2002) fant at helsepersonellet var bekymret for bruk av illegale rusmidler på sykehuset, men at det ble bare tatt opp dersom helsepersonellet mistenkte noe. Muligheten for at dette var en konsekvens av inadekvat behandling av smerter og abstinens-symptomer ble ikke nevnt. Den norske legeforening (2009) peker på at opplevelsen av dårlig behandling eller avvisning i seg selv kan føre til en rusmiddeltrang. Derimot finner studien av Baldacchino et al. (2010) at erfaringer viser at dersom pasienten følte seg hørt angående smerter og behov for smertelindring, ville ikke pasienten skjule eventuell selvmedisinering under sykehusoppholdet (Baldacchino et al., 2010, s. 271).

Denne forskningen viser tydelig utfordringer som skapes av manglende tillit og kunnskap, samt negative holdninger blant helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen. Misoppfatninger omkring russøkende atferd kan overkommes dersom man klarer å etablere et tillitsforhold med god kommunikasjon mellom sykepleier og den opioidavhengig pasienten.

En utfordring ved smertebehandling er at pasientens smerter er vanskelige å etterprøve og verifisere. Det er ikke alltid mulig å måle pasientens smerter, og sykepleier er nødt til å velge å enten stole på eller tvile på pasientens smerteopplevelse. Manglende evne til å fange opp pasientens smerteuttrykk eller tvil på pasientens utsagn, kan føre til underbehandling av pasientens smerter (Danielsen et al, 2016, s. 382). Merrill et al. (2002) finner at pasientens subjektive fortelling om smerte og/eller abstinenser i noen tilfeller ble akseptert. Andre ganger var helsepersonellet skeptiske til hva som var pasientens motiv, noe som førte til at det pasienten fikk opioider basert på objektive tegn som for eksempel vitalia.

Li et al. (2012) fant at mangelfull smertelindring blant annet kunne skyldes mistillit til pasientens troverdighet, mangelfull kunnskap og tid. En respondent i studien til Govertsen et al. (2019) påpekte at det er en krevende balansegang mellom å bygge allianse og å stole på pasienten. Dersom man er skeptiske på forhånd, vil man ikke klare å bygge en allianse. Dette viser seg i Travelbee sin teori om menneske-til-menneske forhold. Det blir først etablert når pasienten og sykepleier ser hverandre som enkeltindivider, fremfor som sykepleier og pasient. Når det er etablert et godt forhold med pasienten, vil pasienten være mottakelig for sykepleie. I følge Travelbee må begge parter jobbe for å etablere og opprettholde et menneske-til-

menneske-forhold, men det er sykepleier som har det overordnede ansvaret (Travelbee, 1999, s. 119-124). Man kan dermed argumentere for at det er avgjørende at sykepleier og den opioidavhengige pasienten etablerer et gjensidig tillitsforhold, for å redusere sjansen for at smertene til pasienten forblir underbehandlet.

6 Avslutning

Denne oppgaven har som formål å belyse problemstillingen «*Hvilke utfordringer møter sykepleier ved smertelindring hos opioidavhengige pasienter på sykehus?*».

Opioidavhengige pasienter med akutte smerter innlagt på sykehus blir ofte underbehandlet. Gjennom teori og forskning finner jeg flere faktorer som utfordrer kvaliteten på smertelindringen pasienter med opioidavhengighet får. For det første er det manglende kunnskaper omkring smertelindring til denne pasientgruppen. Noen årsaker til dette kan være manglende erfaringer, manglende undervisning i grunnutdannelsen og for liten vektlegging av kompetanseheving på arbeidsplassen. I tillegg viser forskningen at sykepleiers holdninger til denne pasientgruppen og sykdommen påvirker behandlingsintensjonen og hjelpen som gis. Manglende kartlegging av rusbruk, abstinenser og smerter er også en sentral utfordring. Sykepleier bør bruke en kombinasjon flere kartleggingsverktøy for å avdekke smerter, abstinenser og behov for sykepleie. Alle faktorene som bidrar til utfordringer påvirker hverandre og må sees i sammenheng.

Etableringen av et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier trer frem som en nøkkelfaktor for å overkomme disse utfordringene. Dersom det ikke foreligger et godt tillitsforhold mellom den opioidavhengige pasienten og sykepleier i grunn, kan relasjonen være med på å skape grobunn for de andre nevnte utfordringene som påvirker smertelindring. Et grunnleggende tillitsforhold vil gi bedre holdninger og forståelse, øke ønske om å hjelpe og dermed også bedre kartleggingen, samt gi større rom for brukervedvirkning. I tillegg er det viktig at sykepleier oppdaterer seg på forskning og teori innenfor fagfeltet, og tar imot hjelp fra for eksempel smerteteam og TSB der egen kunnskap ikke strekker til.

7 Referanseliste

- Bache, N., Schmelling, W. & Tei, R. M. H. (2019). Sygepleje og smertebehandling. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, evidens og behandling* (4. utg., s. 692-714). Fadl's Forlag.
- Baldacchino, A., Gilchrist, G., Fleming, R. & Bannister, J. (2010). Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addictive Behaviors*, 35(3), 270-272.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.008>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. <https://doi.org/10.2810/123451>
- Friberg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (s. 15-56). Fagbokforlaget.
- Govertsen, A. B., Aanesen, C. & Moi, E. B. (2019). Pain teams can provide good support to healthcare personnel in the pain relief of opioid-dependent patients. *Sykepleien Forskning*, 14(75746), Artikkel e75746. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*, 374(9697), 1284-1293. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)

- Helsedirektoratet. (2015). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Prioriteringsveileder*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Kongsgaard, U. E., Bell, R. F. & Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskriftet: Den norske legeforsening*, 125(20), 2808-2810.
<https://tidsskriftet.no/2005/10/medisin-og-vitenskap/smertelindring-ved-stoffmisbruk-eller-langvarig-opioidbehandling>
- 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>
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-260. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Meld. St. 30. (2011-2012). *Se meg!— alkohol – narkotika – doping*. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-3020112012/id686014/?ch=1>
- Merrill, J. O., Rhodos, L. A, Richard, D. A., Marlatt, A. & Bradley, K.A. (2002). Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the 'Narc' Cabinet. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 327-333. <https://doi.org/10.1007/s11606-002-0034-5>
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Natan, M. B., Beyil, V. & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566-573. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 1. Desember 2020 fra:
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I DG. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-199907-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 90-113). Cappelen Damm 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). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2. utg.). F. A. Davis Company.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien*, 106(70402), 70402.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

World Health Organization. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.