

Smertelindring av opioidavhengige

- Sykepleieres erfaringer

Kandidatnummer: 95
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8824
Dato: 19.april



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 05/04/22
Tittel: Smertelindring av opioidavhengige – Sykepleieres erfaringer	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertelindring av opioidavhengige pasienter inneliggende på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Sykepleierens lindrende funksjon og ansvarsområdet blir utdypet, samt Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold blir gjennomgått. Videre kommer teori om den opioidavhengige pasienten, smerter, holdninger og relasjoner før etiske og juridiske rammer som er relevant for problemstillingen blir presentert.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave, der faglitteratur, lovverk og 5 forskningsartikler benyttes for å besvare problemstillingen. Metodekapittelet beskriver hvordan jeg har funnet og valgt ut litteratur som er brukt til å besvare oppgaven.</p> <p><u>Drøfting:</u> Erfaringene sykepleierne har med smertelindring av opioidavhengige diskuteres mot teoretiske, etiske og juridiske aspekter. Kapittelet er delt inn i erfaringer sykepleierne har opp mot egen kunnskap, holdninger og relasjonen i forhold til pasientgruppen. Mange av sykepleierne opplever selv at de har for lite kunnskap innen pasientgruppen. De erfarer også pasientgruppen som vanskelig og krevende å jobbe med. Få sykepleiere kartlegger smerter og rusbruk, selv om de mest erfarne sykepleierne erfarer at dette er svært viktig. De antyder også at dårlige holdninger er en kilde til mistillit som påvirker behandlingen negativt. De fleste sykepleierne er bevisste på at deres holdninger påvirker, men det er usikkert i hvilken grad de klarer å handle uavhengig av dette. Sykepleierne erfarer også at nok tid er en avgjørende faktor for å kunne bygge en relasjon til pasienten, noe som sykepleierne såg på som en viktig del i smertelindringen av pasientgruppen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleierne erfarer at de har for lite kunnskap innen pasientgruppen og at de opplever pasientgruppen som vanskelig og tidkrevende. Smertelindringen virker til å være erfaringsbasert fremfor kunnskapsbasert noe som gjenspeiles i at de erfarne sykepleierne opplever at de mestrer pasientgruppen bedre enn de ferske sykepleierne. Nok tid trekkes frem som en viktig faktor for å få til en god relasjon.</p>	

(Totalt antall ord: 296)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Problemstilling	2
1.1.1	Avgrensninger og presisering av problemstilling	2
1.2	Begrepsavklaring	2
2	Teori.....	3
2.1	Sykepleie og sykepleierens lindrende funksjon.....	3
2.2	Joyce Travelbee.....	3
2.3	Rusavhengighet.....	4
2.3.1	Opioider – virkning og historisk utvikling	4
2.3.2	Avhengighet	5
2.3.3	Abstinenser og tolerans	5
2.3.4	Den opioidavhengige pasienten	6
2.3.5	Legemiddelassistert rehabilitering	6
2.3.6	Kartlegging av rusbruk og abstinenser.....	7
2.4	Smerter	7
2.4.1	Smerter hos opioidavhengige	8
2.4.2	Kartlegging og vurdering av smerter	8
2.5	Holdninger.....	9
2.5.1	Stigmatisering.....	9
2.6	Relasjoner og kommunikasjon	9
2.7	Lov, etikk og jus.....	10
2.7.1	De fire etiske grunnprinsipp.....	10
2.7.2	Yrkesetiske retningslinjer.....	10
2.7.3	Lovverk	10
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk	12
3.1.1	Valg av database og søkeord.....	12
3.1.2	Fremgangsmåte for litteratursøkene.....	13
3.1.3	Valg av inklusjon- og eksklusjonkriterier	13
3.2	Øvrig inkludert litteratur	14
3.3	Kildekritikk.....	14
3.3.1	Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene.....	14
3.4	Etiske vurderinger	15
4	Presentasjon av funn	16
5	Drøfting	18
5.1	Kunnskap	18
5.2	Holdninger.....	21
5.3	Relasjon	24
6	Konklusjon.....	27
	Kildeliste.....	28

1 Innledning og bakgrunn

Det var anslått mellom 5000 og 10000 personer som misbrukte opioder i Norge i 2018 (Slørdal, 2018b, s. 363). Folkehelseinstituttet sier i sin rapport fra 2019 at det finnes ca 8500 sprøytemisbrukere i Norge der den største andelen bruker heroin (FHI, 2022). Samtidig vet vi at det i 2020 var registret over 8000 pasienter som mottok legemiddelassistert rehabilitering for sin opioidavhengighet (SERAF, 2021). Opioidavhengige er hyppige brukere av helsevesenet på grunn av økt risiko både for somatisk og psykisk sykdom. Dødeligheten blant opioidavhengige er 15 ganger så høy som i samme aldersgruppe hos befolkningen generelt (Skoglund & Biong, 2018, s. 179).

Opioidavhengige er en utsatt gruppe i samfunnet på grunn av stigmatisering og holdninger som kan føre til at de ikke får den helsehjelpen de har krav på (Biong & Ytrehus, 2018, s. 381). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 6.2, står det presisert at sykepleierne har et særlig ansvar ovenfor sårbare grupper i samfunnet og sikre at de får dekket deres behov for helsehjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019). Temaet er også dagsaktuelt på grunn av diskusjonen i samfunnet rundt ny rusreform der et fokus har vært å gå fra straff til hjelp (Prop. 92 L, 2020-2021).

En av sykepleierens sentrale funksjoner er «*Sykepleierens lindrende funksjon*». Dette innebærer å redusere pasientens fysiske, psykisk eller sosiale belastning. Smertelindring er en sentral del av sykepleierens lindrende funksjon. Å forstå pasientens egen opplevelse og erfaringer rundt sin lidelse er sentralt for at sykepleieren skal kunne utøve sine oppgaver. Smerter er en hyppig årsak til kontakt med helsevesenet, 50% av voksne som oppsøker helsehjelp har smerter (Danielsen et al., 2016, s. 381). Smerter er et fenomen som oppleves subjektivt og det vil være ulikt fra pasient til pasient. Nettopp derfor er det helt avgjørende at sykepleieren har kunnskap om pasientgruppen for å kunne yte god og omsorgsfull helsehjelp til den enkelte pasient (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 18). Spesialisthelsetjenesteloven er også tydelig på at helsepersonellet skal motvirke lidelse og tilpasse tjenestetilbudet den enkelte pasient (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Flere internasjonale studier viser at opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus ikke får tilstrekkelig smertelindring (Govertsen et al., 2019, s. 1). Formålet med denne oppgaven er å se på hvilke erfaringer og hvordan sykepleiere opplever å behandle denne pasientgruppen.

1.1 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er som følger:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertelindring av opioidavhengige pasienter inneliggende på sykehus?»

1.1.1 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Sykepleieren møter opioidavhengige i mange deler av helsevesenet. Jeg har valgt å sette konteksten for oppgaven til sengepost på sykehus. Dette gjør jeg fordi jeg vet dette er et område pasientgruppen finnes og møtes av sykepleiere i stor grad. Jeg har ikke funnet nok forskning innfor pasienter innlagt på enten medisinske eller kirurgiske sengeposter, og har derfor valgt å ikke spesifisere dette. Dette er også et sannsynlig arbeidsområde for meg som nyutdannet sykepleier. Oppgaven handler om sykepleierens erfaringer og ikke pasientenes erfaringer. Jeg tar for meg pasienter fra 18 år og opp til 65 år. Dette gjør jeg for å ekskludere barn og i tillegg eldre med et potensielt mer komplekst sykdomsbilde med flere diagnoser. På den måten kan jeg konsentrere meg mer om en enkelt tilstand. Det er kun inkludert sykepleieres erfaringer med medikamentelle tiltak. Pasientgruppen jeg ser på er opioidavhengige inneliggende med smerteproblematikk, ikke pasienter innlagt for sin opioidavhengighet.

1.2 Begrepsavklaring

Erfaringer: Aristoteles forklarte erfaringer ut fra de to komponentene sansing og minne. Har vi brent oss på ovnen en gang, unngår vi dette neste gang (Brøntveit & Duesund, 2002, s. 93). I denne oppgaven ser jeg spesifikt på hvilke erfaringer sykepleiere har med sine kunnskaper, holdninger og relasjon til den opioidavhengige pasienten.

Opioidavhengige: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) er et diagnosesystem utviklet av World Health Organisation (WHO). Her brukes koden F112 for opiatavhengighetssyndrom (WHO, 2019).

Smertelindring: Smerte kan forklares som enten sensorisk eller psykisk ubehag som kan forårsakes av faktisk eller potensiell vevsskade (IASP, 2021). Lindring kan være å redusere eller begrense omfanget av en belastning (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

2 Teori

I dette kapitlet presenteres sykepleierens lindrende funksjon og teorien om mellommenneskelige forhold i sykepleie av Joyce Travelbee. Deretter den opioidavhengige pasienten og viktige aspekter rundt pasientgruppen før smerter generelt og smerter hos opioidavhengige blir gjennomgått. Til slutt presenteres etiske og juridiske rammer som sykepleieren må arbeide innenfor.

2.1 Sykepleie og sykepleierens lindrende funksjon

Et av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder er lindring. Sykepleieren skal redusere eller begrense omfanget av en belastning pasienten har. Sykepleieren skal også fremme pasientens opplevelse av velvære (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Danielsen et al., (2016, s. 384) skriver at for å oppleve velvære er mennesket avhengig av å være smertefri. Lindring av smerter er avgjørende for å fylle andre grunnleggende behov som respirasjon, søvn og mobilisering (Danielsen et al., 2016, s. 388). Sykepleieren har herunder et ansvar for å samle inn data, vurdere dataen, administrere medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak og vurdere effekten av disse (Danielsen et al., 2016, s. 382). Den norske legeforening (2009) er tydelig på hva hovedformålet med smertelindring er, nemlig at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre uten unødvendige lidelser.

2.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999, s. 29) beskrev sykepleie som en «*Mellommenneskelig prosess*». Travelbee begrunner bruken av ordet «*mellommenneskelig*» fordi sykepleie alltid vil dreie seg om mennesker. Ordet «*prosess*» mellom sykepleieren og pasienten benyttes fordi det er et dynamisk samspill mellom de to partene. Travelbee (1999, s. 30) skrev «*sykepleieren innvirker på mottakeren, som i sin tur innvirker på sykepleieren*». Begge bidrar og påvirker til endring og retning.

Grunntanken til Travelbee (1999, s. 171) var at den profesjonelle sykepleieren må etablere et «*menneske-til-menneske-forhold*» til sin pasient. For å nå frem til mennesket må fasadene «*pasient*» og «*sykepleier*» vekk. All samhandling med pasienten kan være et steg mot et «*menneske-menneske-forhold*», spesielt dersom sykepleieren går aktivt inn for å bli kjent med «*mennesket*» og ikke «*pasienten*» eller «*sykdommen*». Travelbee vektla det å være bevisst

sine handlinger og trekker frem tanker, følelser og erfaringer som viktige faktorer for å oppnå forholdet. Travelbees teori inneholder 4 faser: «*Det innledende møtet*», «*fremvekst av identiteter*», «*empatifasen*» og «*sympati og medfølelse*».

Travelbee (1999, s. 32) poengerte også at sykepleieren må vektlegge hvordan pasienten vurderer sin subjektive helsetilstand. Viss en pasient tror at han er syk, kan ikke sykepleieren kun basere seg på objektive vurderingen, sykepleieren må være oppmerksom på pasientens egen opplevelse av sin sykdom og tilstand. Dette er spesielt vesentlig opp mot smerter som er en personlig opplevelse. Travelbee (1999, s. 254) skrev at smerteopplevelsen kan sannsynligvis aldri beskrives så godt at sykepleieren virkelig kan forstå lidelsen til pasienten.

2.3 Rusavhengighet

Begrepet «*rus*» kan brukes både med og uten relasjon til kjemiske stoffer. Når det gjelder en kjemisk rus finnes det mange ulike stoffer som kan føre til dette. På listen over narkotiske stoff finnes det over 400 ulike der nesten ingen har lik kjemisk virkning. Rus kan føre til både glede og entusiasme men også fortvilelse. Et fellestrekk er at det er snakk om en endring i sinnsstemning og adferd (Fekjær, 2016, s. 21-22). Fra tidligere av var det vanlig å se på rusavhengighet som et valg av det enkelte menneske. Dette har vist seg å ikke være hele sannheten. I utviklingen av en rusavhengighet påvirker både tidligere og nye traumer, endringer i nervesystemet og medfødte risikofaktorer. Det er derfor mer vanlig i dag å se på rusmiddelavhengighet som en sykdom. Det har også vist seg å kun møte denne gruppen mennesker med straff og moralske ord ikke har hatt noe særlig effekt (Mørland & Waal, 2016, s. 23).

2.3.1 Opioider – virkning og historisk utvikling

Opioider er en samlebetegnelse på ulike stoffer som binder seg til opioidreseptorene i kroppen. Legemiddelindustrien produserer mange ulike typer opioider til smertelindring. I tillegg finnes det illegale opioider som heroin som er et vanlig rusmiddel i Norge. Heroin fremstilles av opiumvalmue eller av legemidler som inneholder kodein eller morfin (Slørdal, 2018a, s. 330-331; Mørland & Waal, 2016, s. 158). Virkestoffene fra opiumsvalmuer har blitt brukt til behandling av sykdom i over 5000 år (Slørdal, 2018a, s. 330). På 1800-tallet ble opiatere brukt mot både hodepine og menstruasjonssmerter, idag er vi langt mer kritisk til bruken (Fekjær, 2016, s. 29). Opioider kan tas i tablettform, røykes eller injiseres (Skjøtskift,

2018, s. 105). Opioider er den typen smertestillende med best effekt på nociseptive smerter (Slørdal, 2018a, s. 330).

I sentralnervesystemet og i det perifere nervesystemet har vi reseptorer for opioider som blokkerer nervebanene som registrerer smerter. Effekten kommer av direkte hemming av oppadgående nerveimpulser og av aktivisering av nedadgående hemmende nervebaner fra thalamus (Slørdal, 2018a, s. 331; Danielsen et al., 2016, s. 385). Det finnes tre endogene opioider som vi kjenner til. I tillegg vet vi at både produksjonen og effekten av opioidene hos ulike mennesker og hos samme menneske over tid vil variere (Danielsen et al., 2016, s. 385). Opioider gir en avslappende følelse av ro, likegyldighet og velvære. Dette omtales som eufori. Dersom opioider brukes for å oppnå dette og ikke for å lindre smerter sier vi at det utvikles en psykisk avhengighet til stoffet (Slørdal, 2018b, s. 363).

2.3.2 Avhengighet

Mørland og Waal (2016, s. 20-21) poengterer at vi alle er avhengige av mat, vann og sosial kontakt. Allikevel er ordet avhengighet knyttet opp mot noe negativt og stigmatiserende i samfunnet. Rusmiddelavhengighet kan forklares som at mennesket gjentatte ganger gjør handlinger som en vet får negative konsekvenser.

2.3.3 Abstinenser og tolerans

Tilvenning og toleranse er to forventede effekter av langvarig bruk av opioider. Tilvenning fører til abstinenser når en stanser å ta legemiddelet og toleranse fører til at dosen som kreves for å oppnå effekt må økes (Aas, 2018, s. 239-240). Det første tegnet på økt toleranse er at pasientens intervall mellom dosene reduseres. Senere må dosen også økes. Dette kommer av at legemiddelet stadig brytes ned raskere i kroppen (Danielsen et al., 2016, s. 404). Fysisk avhengighet kan sees gjennom abstinenser som blir tydelig dersom tilført opioider reduseres raskt eller fjernes. Moderate symptomer er tåreflod, rennende nese, gjesping, nysing, svetting, hevelse i slimhinner og rastløshet. Sterkere symptomer er dilaterte pupiller, muskelsmerter, magesmerter, nedsatt matlyst, brekninger, diare, takykardi og skjelvinger. Det er en misforståelse at abstinestegn er et resultat av vanedannelse, det er heller et resultat av for rask nedtrapping (Danielsen et al., 2016, s. 404). Nedtrapping kan gjøres brått eller trinnvis, med og uten hjelp av andre medikament. Det er vanligvis uproblematisk å avslutte med

opioider innen 4-6 uker. Etter dette vil abstinenser kunne utarte seg med brått stans i inntak eller for rask nedtrapping (Aas, 2018, s. 246).

2.3.4 Den opioidavhengige pasienten

Det er viktig med et nyansert perspektiv i møte med rusavhengige. Det kan være nyttig med et såkalt biopsykososialt perspektiv fordi både biologiske, psykiske og sosiale faktorer påvirker lidelsen i stor grad (Mørland & Waal, 2016 s. 25). Den opioidavhengige pasienten er ikke kun narkotikamisbrukere, det kan også være kreftpasienter, pasienter med kroniske smerter eller pasienter som får LAR-behandling (Danielsen et al., 2016, s. 404). Forskning viser at svært få smertepasienter utvikler en avhengighetslidelse. Dersom pasienten bruker middelet for å oppnå en velværetilstand som går utover andre funksjoner i livet tilfredsstillende dette kravene til en rusbrukslidelse. En skiller ikke diagnostisk mellom pasienter som har utviklet avhengighet etter smertebehandling eller de som har startet med rusoppsøkende adferd (Mørland & Waal, 2016, s. 167-168). Opioidavhengige som har blitt intervjuet om deres opplevelse av å bli behandlet av helsevesenet føler seg ofte behandlet som narkomane (Morgan, 2006).

Etter langvarig opioidbruk får pasienten økt fare for en rekke andre lidelser. Økt risiko for astma og kols, infeksjon, økt risiko for underernæring og psykiske problemer (Skjøtskift, 2018, s. 105-106). WHO er tydelig på at pasientgruppen er dårlig rystet både psykisk, fysisk og sosialt (Skoglund og Biong, 2018, s. 178). Årsaken til lidelsen er i all hovedsak forbundet med store problemer i oppveksten og at mange ender opp med å leve utenfor samfunnet. Pasientgruppen har ofte gått glipp av normal ungdomstid, utdanning og arbeidslivet (Fækjær, 2018, s. 92-93).

2.3.5 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i form av substitusjonsbehandling ved bruk av metadon har vært et nasjonalt tilbud siden 1998 (Ervik & Biong, 2018, s. 61-62). Målet er å hindre abstinenssymptomer uten å gi eufori (Slørdal, 2018, s.363). Spesielt legemidler som kan gis som depot injeksjoner har visst seg å være en stabil og god behandlingsmetode og idag er metadon lite brukt (SERAF, 2021).

2.3.6 Kartlegging av rusbruk og abstinenser

Rusbrukere bruker ofte flere ulike stoffer, og dosene variere mye fra menneske til menneske og det er derfor viktig med kartlegging (Danielsen et al., 2016, s. 405). Det som må kartlegges er hvor ofte, hvilke stoff, hvilke doser og hvordan pasienten inntar stoffet. For eksempel om det røykes eller injiseres. Dette er avgjørende for å kunne erstatte basalbehovet til pasienten og for å kunne smertelindre (Christiansen, 2018, s. 166).

Kartlegging av abstinenser er viktig fordi det kan være svært ubehagelig for pasienten og det kan fremprovosere desperasjonshandlinger som å stikke av fra avdelingen for å ruse seg. Abstinensene bør derfor unngås og kan behandles med for eksempel metadon. Clinical opioid withdrawal scale (COWS) er et verktøy designet for å avdekke opioidabstinenser (Mørland & Waal, 2016, s.168-171).

2.4 Smerter

Smerte er ifølge International Association for the Pain (IASP, 2021) alltid en personlig opplevelse som påvirkes både av biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Menneskets smerteopplevelse skal alltid respekteres. Langvarig eller kronisk smerter påvirker livskvaliteten til et menneske i stor grad gjennom hvordan det former menneskets daglige liv og helse (Nortvedt et al., 2016, s.19). Smerte «registreres» av spesialiserte sensoriske nervefibre som reagerer på enten trykk, temperatur eller berøringer. Signalene ledes fra det perifere og til hjernen via flere synapser hvor informasjonen blir tolket (Danielsen et al., 2016, s.384).

Smerte kan deles inn på mange måter. For eksempel akutte smerter, langvarige smerter og kroniske smerter. Det er lett å sette seg inn i en pasient sine akutte smerter ved et traume, men med langvarige og uforklarlige smerter kan det være mer utfordrende å både tro pasienten og vise medfølelse. Smerter har også andre dimensjoner som kan betegnes som eksitensiell smerte, som ved et samlivsbrudd, den type smerte vil jeg ikke fokusere på i denne oppgaven (Winger & Leegard, 2016, s. 172-175). En bestemt smertestimuli oppleves forskjellig fra menneske til menneske, i tillegg kan de hos samme menneske oppleves ulikt i ulike situasjoner (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Kroppen skiller ut mere endogene opioider når pasienten har gode forventninger til smertebehandlingen. Det samme forekommer dersom forholdet mellom pasienten og behandler bygges på tillit og fungerer godt. Dette kan være en av årsakene til placeboeffekten (Nortvedt & Nortvedt, sitert i Danielsen et al., 2016, s. 385).

2.4.1 Smerter hos opioidavhengige

På grunn av toleranse og tilvenning er det helt avgjørende at pasientgruppen får dekket sitt basalbehov og det akutte behovet for eventuelle opioider. Dette er årsaken til at pasientgruppen krever høyere doser opioider for å oppnå smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 405). Den norske legeforeningen har laget et eget kapittel om opioidavhengige i deres retningslinjer for smertebehandling (2009).

Hyperalgesi kan forekomme etter langvarig bruk av opioider. Hyperalgesi kan forklares som en overdrevet smerteopplevelse ved smertestimuli eller til og med stimuli som normalt ikke skal utløse smerte. Den nøyaktige årsaken til hyperalgesi er ikke kjent. Studier har vist at tidligere opioidmisbrukere som nå benytter metadon ofte er utsatt for hyperalgesi og har redusert effekt av opioider ved smerter. Hyperalgesi er også et kjent fenomen ved abstinenser etter langvarig opioidbruk (Werner, 2019, s. 154-156).

2.4.2 Kartlegging og vurdering av smerter

Systematisk kartlegging av smerter avgjørende for å unngå at pasienten har ubehandlet smerter (Danielsen et al., 2016, s. 398). Kartlegging er en viktig sykepleieroppgave for å kunne gi tilstrekkelig lindring og en styrke for pasienten ved bevisstgjøring av hva som faktisk lindrer og hva som forverrer (Danielsen et al., 2016, s. 388). Pasienten som har hatt smerter over lengre tid kan mangle fysiske tegn på smerter totalt (Danielsen et al., 2016, s. 383). Fysiske tegn på smerter kan være høyt blodtrykk, høy puls, rask respirasjon, utvidet pupiller og svetting. Mennesket er tilpasningsdyktig og vil etterhvert tilpasse seg og derfor kan fysiske reaksjoner utebli (Danielsen et al., 2016, s. 389). Smerter er alltid subjektive og pasientens historie og kultur påvirker hvordan det oppleves og uttrykkes. Dette gjelder også når sykepleiere tolker andres smerter. En bruker egne erfaringer som et utgangspunkt for vurdere smerten. Dersom sykepleieren ikke er kjent med disse faktorene, risikerer sykepleieren å vektlegge egen opplevelse tyngre enn pasientens egen forklaring av smerten (Danielsen et al., 2016, s. 382-383).

2.5 Holdninger

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s. 185). Holdninger ses på som varige og er opparbeidet gjennom alt vi har opplevd og lært i livet. Holdninger kan deles inn i tre deler. Den tankemessige delen er hva vi tenker og mener om saker i samfunnet vårt. Vi har også en følelsesmessig del, et eksempel her er fordommer mot et tema, som kommer til uttrykk gjennom negative følelser. Den siste delen av holdninger er hva vi gjør og hvordan vi reagerer, den atferdsmessige delen (Håkonsen, 2014, s. 185-187). Gjennom sykepleierens etikkhistorie har gode holdninger til pasienten ofte blitt omtalt som noe av det viktigste innen god sykepleie. Innen omsorg er det ikke bare viktig hva en gjør, men også hvordan en utfører oppgaven (Nortvedt, 2016, s. 57-58).

2.5.1 Stigmatisering

Stereotypier bygger på antagelser om en gruppe med noe til felles. Dette kommer ofte av at vi gang på gang hører uttalelser om enkeltpersoner i gruppen som gjør at vi sitter igjen med tanken om at gruppen er sånn (Dahl, 2013, s. 67). Stigma knytter egenskaper til en gruppe mennesker. Pasienter med en stigmatisert lidelse opplever ofte negative holdninger fra behandlere og andre (Ytrehus, 2018, s. 224).

2.6 Relasjoner og kommunikasjon

Pasienter har både følelser, meninger og uttrykk som sykepleieren må forholde seg til. Sykepleieren har i sin rolle et profesjonelt ansvar for å innlede og forme relasjonen. Det at sykepleieren har denne funksjonen i relasjonen mellom pasient og sykepleier gjør at det kan oppstå asymmetri mellom partene, der sykepleieren har mer makt over pasienten. Denne makten kan brukes på en god måte eller den kan misbrukes. Brukermedvirkning og myndiggjøring av pasienten kan bidra til at pasienten blir mer deltakende og overtar mer kontroll (Eriksen, 2015, s. 899).

«Vi kommuniserer også når vi ikke snakker. Det er umulig å ikke kommunisere» (Watzlawick mfl. 1967, referert i Eide & Eide, 2017, s. 135). Vår kommunikasjon består av både verbale og non-verbale tegn som tolkes av mottakeren. Det den andre forsøker å formidle er ikke alltid åpenbart, og feiltolkninger skjer stadig vekk. Som helsepersonell har vi en rolle ovenfor pasientene som gjør at vår kommunikasjon skal være profesjonell. Vår kommunikasjon skal

ha et klart formål. Formålet med profesjonell kommunikasjon kan baseres på yrkets verdigrunnlag og overordnet formålet for alt helsepersonell er: «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse». (Eide & Eide, 2017, s.31-32).

Gjennom en samtale der pasienten opplever seg som en likeverdig part kan pasienten oppleve tillit som kan føre til at pasienten åpner seg og deler viktig informasjon til sykepleieren (Heyn, 2018, s. 18-19). Tillit blir beskrevet som sentralt i etablering av gode relasjoner (Heyn, 2018, s. 39-40).

2.7 Lov, etikk og jus

2.7.1 De fire etiske grunnprinsipp

Innenfor sykepleie, behandling og omsorg blir fire etiske grunnprinsipp trukket frem både i Norge og internasjonalt: «ikke skade», «rettferdighet», «velgjørenhet» og «autonomi» (Molven, 2019, s. 70-71). For denne oppgaven har jeg valgt å trekke frem de to jeg anser som mest aktuelle for oppgaven. Velgjørenhetsprinsippet kan forstås med at en både vil og etter beste evne gjør det som er best for pasienten (Nortvedt, 2021, s. 85-86).

Rettferdighetsprinsippet handler om at vi skal yte lik helsehjelp til alle uansett utgangspunkt. Samtidig er ikke det nødvendigvis rettferdig at alle får samme mengde hjelp. Noen har et større behov for hjelp og bør derfor få mer oppfølging (Nortvedt, 2021, s. 87-88).

2.7.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at selve grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for mennesket og deres verdighet. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.10 sier at sykepleierne har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og å lindre lidelse. Rusavhengige er en sårbar gruppe i samfunnet, og punkt 6.2 sier at sykepleierne skal bidra aktivt til å ivareta slike grupper i samfunnet. Dette blir også presisert i punkt 6.3 at sykepleieren skal bidra til at pasienten med det største behovet blir prioritert før andre (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.7.3 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven sitt formål er å sikre lik tilgang på helsehjelp og at kvaliteten på denne er god til hele befolkningen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-

1). I helsepersonelloven står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. For at vi som sykepleiere skal kunne oppnå dette må ha vi kunnskap om de ulike pasientgruppene vi skal håndtere (helsepersonelloven, 1999, §4).

Spesialisthelsetjenesteloven §2-2 trekker også frem forsvarlighet og presiserer at spesialisthelsetjenesten selv må tilrettelegge for at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Molven (2019, s. 141) forklarer selve kjernen i forsvarlighetskravet med at det er den faglige og verdimessig gode handlingen. Derfor skriver han videre at det ligger en faglig og etisk forventning om et høyere nivå i omsorgen enn å utføre arbeid som er halvgodt. Helsepersonelloven gir også helsepersonell plikt til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som blir gitt (helsepersonelloven, 1999, §39 og §40).

3 Metode

Dette er en litterære oppgave. I en litterær oppgave brukes eksisterende forskning, teorier og faglitteratur for å forsøke å besvare en problemstilling. Temaet, problemstilling og avgrensningene påvirker hva en leter etter og dermed hvilken kunnskap en finner (Dalland, 2020, s. 199).

3.1 Litteratursøk

Jeg har utført søk i tre vitenskapelige databaser CINAHL, Pubmed og SveMed+, to søkemotorer Google scholar og Oria samt søkt i arkivet til Sykepleien forskning.

3.1.1 Valg av database og søkeord

Jeg har gjennom studiet hovedsakelig brukt CINAHL ved søking på forskningslitteratur. Derfor valgte jeg å starte å søke etter litteratur der. Jeg startet med søkeordene «*pain*», «*substance use disorders*» og «*nursing attitude*». Ordene bestemte jeg ut fra mitt originale tema for oppgaven som var smertelindring av opioidavhengige og hvordan holdninger påvirket dette. Disse ordene kombinerte jeg med AND. Jeg fant flere relevante artikler, men endret i denne perioden litt på problemstillingen som gjorde at jeg endret «*nursing attitude*» til «*challenges*» OR «*experience*». På grunn av mangel på relevante artikler utførte jeg tilsvarende søk i flere databaser og søkemotorer. Når jeg søkte i PUBMED, som også omfatter MEDLINE, fikk jeg svært mange treff, jeg la derfor til søkeordet «*Nurse*» og fikk da et håndterlig antall artikler. Selve søkene er beskrevet i neste kapittel og vist i Tabell 1 – Presentasjon av litteratursøk, og utvelgelsen av artikler etter gitte kriterier er beskrevet i 3.1.3.

Kun en av de tre artiklene inkluderte fra PUBMED var nordiske. Derfor valgte jeg å utføre et søk i Sykepleien Forskning for å forsøke å få flere artikler med et nordisk perspektiv. Dette er et mindre arkiv og jeg valgte et enklere søk med søkeordene «*Rus*» og «*Smerte*».

3.1.2 Fremgangsmåte for litteratursøkene

I tabell 1 – Presentasjon av litteratursøk, viser jeg de søkene hvor jeg har funnet artikler jeg har brukt i oppgaven. I tillegg til å bruke valgte søkeord har jeg avgrenset søkene til å kun søke etter artikler med engelsk eller nordisk språk samt at forskningen måtte være fagfellevurdert.

Tabell 1 – Presentasjon av litteratursøk

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
14. jan	6	PUBMED	((Challenges) OR (Experience)) AND (pain) AND (Nurse) AND (substance use disorders)	76	9	6	3	<p>Neville & Roan (2014) <i>Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-surgical patients with Substance Abuse/Dependence</i></p> <p>Morley et al., (2015) <i>Nurses' Experiences of Patients with Substance-use disorder in pain: A phenomenological Study</i></p> <p>Krokmyrdal & Andenæs (2015) <i>Nurses competence in pain management in patients with opioid addiction: A Cross-sectional Survey Study.</i></p>
18. jan	8	Sykepleien forskning	(Rus) AND (smerter)	6	2	2	2	<p>Li et al., (2012) <i>Treatment of drug addicts with pain in hospital</i></p> <p>Govertsen et al., (2019) <i>Pain teams can provide good support to healthcare personnel in the pain relief of opioid dependent patients.</i></p>

3.1.3 Valg av inklusjon- og eksklusjonkriterier

Etter å ha utført søkene vurderte jeg overskrifter og sammendragene ut fra valgte inklusjon- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde jeg for å sikre at artiklene kunne hjelpe til å besvare problemstillingen. Selve kriteriene er vist i tabell 2 – inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Tabell 2 – Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter innlagt på sykehus – somatisk eller kirurgiske sengeposter - Sykepleieres erfaringer - Opioidavhengige med smerter 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter utenfor sykehus eller poliklinisk behandlet - Kun pasientens erfaringer

3.2 Øvrig inkludert litteratur

Jeg har hovedsakelig brukt litteratur som har vært på pensumlisten gjennom bachelorstudiet på Lovisenberg diakonale høyskole. I tillegg måtte jeg finne egen litteratur innenfor temaet rus og avhengighet. Jeg gjorde søk på ORIA hvor litteraturen til skolens bibliotek finnes og har vektlagt tre bøker i oppgaven om rus. Mørland og Waal, *Rus og avhengighet*, fra 2016, Fekjær sin bok *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* fra 2016 og Biong og Ytrehus *Helsehjelp til personer med rusproblemer* fra 2018. Mørland og Waal (2016) er professorer innen rus og avhengighet og har flere publikasjoner innenfor tematikken. Fekjær (2016) er psykiater og tidligere overlege, han har gitt ut flere bøker innen rus og avhengighet. Biong er professor innen psykisk helsearbeid og Ytrehus er professor ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på vestlandet (Biong & Ytrehus, 2018). Joyce Travelbee (1999) sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie er omtalt av mange som skriver om sykepleie. Dalland (2020, s.156) er tydelig på at en alltid bør forsøke å gå til primærkilde om mulig. Jeg har derfor valgt å ta i bruk Travelbee (1999) sin egen bok som første gang ble utgitt i 1966 og sist revidert i 1971. Boken er gammel, men teorien som jeg benytter i oppgaven har ikke endret seg. Utgaven jeg har brukt er også oversatt til norsk. Ut fra dette vurderer jeg disse kildene som troverdige innen fagfeltet.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2020, s. 143 og 152) forklarer kildekritikk med to hovedpunkter. Det ene er at oppgavens troverdighet og faglige styrke er avhengige av at kildegrunlaget som er brukt i oppgaven er tydelig beskrevet slik at leseren kan finne dette selv. I tillegg må det komme tydelig frem hvorfor denne litteraturen ble valgt og hvordan informasjonen er valgt ut. En må vurdere om informasjonen som er funnet er troverdig og om informasjonen bidrar til å besvare problemstillingen som en har bestemt. En må også forsikre seg om at kunnskaper er oppdatert og vurdere eventuelle oversettelser.

3.3.1 Litteratursøk og inklusjon av forskningsartiklene

Jeg har begrenset erfaring med litteratursøking og dette vil kunne påvirke litteraturen jeg har funnet og ikke minst ført til at jeg har gått glipp av relevant og nyere forskning på grunn av valgte søkeord og kombinasjoner. Flere av artiklene er også på engelsk og gjennom min oversettelse av artiklene kan enkelte begrep ha blitt misforstått eller viktige sammenhenger

blitt utelatt. Kulturelle faktorer kan også påvirke resultatene. Artikkel nr 1, 2 og 3 er utført i Norge, artikkel nr 4 er utført i England mens artikkel 5 er fra USA. Dette er vestlige land der helsevesenet har en del likheter med Norge. Ideelt sett skulle jeg kun brukt norsk eller nordisk forskning, men da hadde forskningsgrunnlaget for oppgaven blitt for lite. Noen av artiklene omhandler stoffavhengige, det er da ikke sikkert at alle er opioidavhengige. Dette har jeg gjort fordi blandingsmisbruk er veldig vanlig hos opioidavhengige. Det er svært få stoffavhengige som kun bruker et stoff (Mørland & Waal, 2016, s. 263).

Artikkel 1, 4 og 5 er utført med kvalitative metoder. Ifølge Malterud (2017, s. 31) brukes kvalitative metoder for å beskrive blant annet meninger og opplevelser, i tillegg er det en fleksibel metode som lar deg undersøke et tema i dybden som kan gi oss forståelse for tematikken. I denne oppgaven ser jeg på erfaringene som sykepleierne har rundt et tema og derfor er kvalitativ metode å foretrekke. Ulempen er at antall personer inkludert i studiene er få og det er derfor vanskelig å vite om funnene gjelder for alle. Dalland (2020, s. 54) beskriver fordelene med kvantitative studier med at de gir data som er målbare. I tillegg har kvantitativ metode en klar fordel med at en kan inkludere flere i studien. Ulempen kan være at studiene blir lite fleksible og informasjonen en får blir overfladisk. Jeg har inkludert to kvantitative artikler, artikkel 2 og 3, for å få frem data som viser omfanget av problemer og mulige årsaker. Selve artiklene presenterer jeg i kapittel 4 i tabell 3 – Artikkelmatrix.

3.4 Etiske vurderinger

Dalland (2020, s. 167) beskriver etisk overveielse som noe mer enn kun å følge regler. Han skriver at det også handler om å reflektere etiske rundt hva arbeidet vil kunne føre til både for de ansatte, pasientene og institusjonene. Jakten etter ny kunnskap skal ikke gå på bekostning av personers integritet eller velferd. Artiklene brukt i denne oppgaven er publisert i anerkjente tidsskrifter og har fått en etisk godkjenning til å gjennomføre studiene i forkant av studiet. Jeg har brukt korrekt kildehenvisning etter APA-7 for å unngå plagiater, kreditere forfattere og sikre at leseren kan finne frem til utdypende informasjon. Ved bruk av egne erfaringer har jeg anonymisert i hensyn til pasienter, kollegaer og arbeidssted.

4 Presentasjon av funn

Artikkelmatrisen presenteres i Tabell 3 - Artikkelmatrise og er en presentasjon av valgte artikler og funnene i forskningen. Tabellen viser hvem som har utført forskningen, årstall, tittel og hvilke tidsskrift som først publiserte artikkelen. Videre er hensikten til artiklene kort beskrevet og informasjon om selve metoden som er brukt for å komme frem til kunnskapen. Til slutt har jeg trukket frem hovedfunnene i artiklene som er relevant for min problemstilling. Sykepleierne erfarer selv at pasientgruppen kan være vanskelig å jobbe med, men at erfaring og økt kunnskap kunne bedre smertelindringen. Sykepleierne er bevisst sine holdninger mot pasientgruppen, men allikevel opplever de å ha lav tillit mot pasientgruppen, noe som kunne vanskeliggjøre relasjonsbyggingen. Nok tid til rådighet var også noe sykepleierne erfarte at var en viktig suksessfaktor for å kunne utøve god sykepleie.

Tabell 3 – Artikkelmatrise

Nr	Forfatter og årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Govertsen et al., (2019)	Pain teams can provide good support to healthcare personnel in the pain relief of opioid dependent patients.	Sykepleien forskning	Belyse erfaringer videreutdannede sykepleiere har med arbeid i smerteteam ved behandling av smerter hos pasienter med opioidavhengighet.	Kvalitativstudie, individuelle semistrukturerte intervju med fokus på åpne spørsmål. 6 sykepleiere med videreutdanning deltok fra 4 ulike sykehus.	Smerteteamene har bedre tid hos pasientene samt høyere kunnskapsnivå. Smerteteam er en nyttig ressurs for å optimalisere smertebehandling av komplekse pasienter. Erfarte det som viktig å kunne følge opp pasienter etter utskrivelse. Studien poengterer også at kunnskap er den største mangelen blant sykepleierne og for å øke kvalitet på smertelindringen må denne økes. God kommunikasjon mellom smerteteam og personell på avdelingen er avgjørende.
2	Krokmyrdal & Andenæs (2015)	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A Cross-sectional Survey Study.	Nurse education today	Pilotstudie, undersøke sykepleierens kunnskap om smerte og kompetansen deres til å behandle smerte hos pasienter med opioid misbruk.	Kvantitativ tverrsnittundersøkelse, spørreundersøkelse. 64 sykepleiere på medisinsk og 34 på ortopedisk avdeling, to ulike sykehus i Norge.	88% manglet kunnskap om smertelindring blant opioidavhengige. Studien viser at den største faktoren (77%) for kompetanse hos sykepleierne var erfaring fra arbeidssstedet samt kollegaer. Sykepleierne brukte i liten grad artikler, forskning, lærebøker eller databaser. Sykepleierne handlet med andre ord ikke kunnskapsbasert men erfaringsbasert. Studien peker mot at sykepleierne har for lav kompetanse innen fagfeltet, som kan føre til at pasientgruppen ikke får tilstrekkelig lindring. 65% har kunnskaper om smertekartlegging men bare 46 prosent anvender verktøy. I tillegg, viser studien at 62% av sykepleierne ikke tror på pasientens smerteforbidlingen.
3	Li et al., (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Sykepleien forskning	Kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige pasienter med smerter inneliggende på sykehus.	Kvantitativ, tverrsnittstudie. 435 utsendt, 312 besvart, av disse: 274 sykepleiere og 38 leger. Både medisinske og kirurgiske avdelinger fra 4 ulike sykehus i Norge.	Kun 38 % kartla pasientens rusmisbruk. 47% behandlet abstinsenser. 52% brukte aldri smertekartleggingsverktøy. 56% av sykepleierne følte seg manipulerte av opioidavhengige pasienter. Kun 20% av sykepleierne trodde på smerteforbidlingen til pasientene. 55% av sykepleierne var enige i at opioidavhengighet var en sykdom. Studien peker på at fordi holdningene sår tvil i troverdigheten til pasienten er det behov for studier som undersøker om pasientgruppen får tilstrekkelig smertelindring. Indikerer behov for holdningsendrende tiltak.
4	Morley et al., (2015)	Nurses' Experiences of Patients with Substance-use disorder in pain: A phenomenological study	Pain management nursing	Hensikten til studien var å få dybdeforståelse av sykepleieres erfaringer med stoffavhengige pasienter som opplever smerter på sykehus.	Kvalitativ studie, individuelle semistrukturerte intervju.	Pasientgruppen med stoffmisbruk er utsatt for ikke å bli tilstrekkelig smertelindret. Sykepleierne erfarte at pasientgruppen er utsatt for stigmatisering og flere kategorisert pasientgruppen som «vanskelige». Arbeidsmengde og erfaringsnivå var viktige faktorer for sykepleierne. De opplevde smertelindring hos denne pasientgruppen som en kompleks oppgave. Etterlyser mer forskning og mer undervisning innen fagfeltet.
5	Neville & Roan (2014)	Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-surgical patients with Substance Abuse/Dependence	The journal of nursing administration	Undersøke sykepleierens opplevelse og erfaring av behandlingen av inneliggende pasienter med avhengighet eller misbruk.	Kvalitativ studie, skriftlige svar på åpne spørsmål innen fagfeltet. 24 sykepleiere inkludert.	Sykepleierne uttrykte negative holdninger i utfordringer med pasientgruppen som har stoffmisbruk. Sykepleierne opplevde frykt, fare for egensikkerhet og manipulering ved behandling av pasientgruppen. Etterlyser mer utdanning innen fagfeltet.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøfter jeg min problemstilling: «*Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertelindring av opioidavhengige pasienter inneliggende på sykehus?*» opp mot fagkunnskap, etikk og lovverk. Jeg har valgt å dele inn kapittelet i tre deler: kunnskap, holdninger og relasjon, og skriver om hvilke erfaringer sykepleiere har med disse tre temaene innen for smertelindring av pasientgruppen.

5.1 Kunnskap

Danielsen et al., (2016, s. 382) påstår at økt kunnskap om smertelindring og smerter vil kunne øke forståelsen sykepleieren har for pasientens egen smerteopplevelse og dermed kunne gi en mer effektiv smertelindring. Et flertall av sykepleierne i studien til Neville og Roan (2014) om utfordringer og erfaringer ved å gi sykepleie til stoffavhengige svarer at de er ukomfortable ovenfor pasientgruppen. Dette var fordi de selv opplever at de har for lite kompetanse og opplæring innen fagfeltet. Dette finner en også i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) som er utført i Norge hvor de fleste sykepleierene selv synes de har for lite kunnskap. Enkelte sykepleiere i Neville og Roan (2014) har gode kunnskaper og er bevisste på at stoffavhengighet idag anses som en sykdom. En sykepleier sier: «*Substance abuse is and illness to be treated as any other illness with compassion and understanding*» (Neville & Roan, 2014, s. 4). Morley et al., (2015) utførte en studie om erfaringene til sykepleierne ved smertelindring av opioidavhengige pasienter. De skilte sykepleierne ut fra hvor lang erfaring de hadde. De erfarne sykepleierne i studien mente at deres lange erfaring med pasientgruppen førte til at de håndterte situasjonene bedre som videre førte til at smertebehandlingen som ble gitt fungerte bedre i forhold til hva ferske sykepleiere opplevde. I Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin studie kommer det frem at sykepleierne i stor grad henter sin kunnskap angående denne pasientgruppen fra kollegaer og egne erfaringer. Nesten ingen benyttet eller svarte at utdanning, kunnskapskilder eller sykehusets retningslinjer ble benyttet som kilde til kunnskap. De konkluderte derfor med at smertelindring av opioidavhengige er erfaringsbasert fremfor kunnskapsbasert. På den andre siden svarte spesialsykepleierne som arbeidet i smerteteam som ble intervjuet i studien til Govertsen et al., (2019) at nye retningslinjer til sykehusene i stor grad hadde hjulpet helsepersonellet for å behandle pasientgruppen. Det ble lettere for sykepleiere og leger på post å følge opp pasienten og behandlingen ble mer forutsigbar for pasientene. Noe de mente førte til at færre pasienter skrev seg ut på eget ansvar eller rømte fra

avdelingen. En mulig årsak til dette kan være at fokuset på kunnskapsbasert praksis og retningslinjer har blitt større de siste årene.

De erfarne spesialsykepleierne som arbeidet i smerteteam i studien til Govertsen et al., (2019) sa også at deres lange erfaring ga dem trygghet til å håndtere vanskelige situasjoner. Allikevel vektla de egen kunnskap innen smerte og farmakologi som svært viktige suksesskriterier for å oppnå smertelindring og ivaretagelsen av pasienten. De hadde også god forståelse for at sykepleiere på post var ukomfortable med å titrere opp til store doser opioider for første gang. Spesialsykepleierne hadde god erfaring med korte besøk på sengeposter for samtaler med sykepleierne som ønsket få stille spørsmål og få bekreftelse i behandlingen og valgene de gjorde.

Angående sykepleieres kunnskaper om opioider svarer en sykepleier i studien til Neville og Roan (2014) at ved å gi opioider til opioidavhengige vil en bidra til å opprettholde avhengigheten. Den samme kunnskapsmangelen kommer frem i Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin studie hvor nesten 30% av deltakerne trodde avhengigheten ville bli verre dersom pasienten fikk opioider. Faglitteraturen er tydelig på at smertelindring skal komme først, frykten for avhengighet skal ikke vektlegges hos pasienter med store smerter (Slørdal, 2018a, s. 363). Resultatene til Neville og Roan (2014) og Krokmyrdal og Andenæs (2015) viser at flertallet av sykepleierne er klar over dette. Skoglund og Biong (2018, s. 187) skriver også at en skal være bevisst årsaken til at pasienten er inneliggende. Pasienten skal først og fremst ha behandling for sin somatiske lidelse. Dersom problemet er smerter, skal ikke fokuset ligge på avrusning. I studien til Morley et al., (2015) viste alle sykepleierne gode kunnskaper om toleranse og hvordan dette ville påvirke pasienten. Men kun en sykepleier var bevisst hyperalgesi. Likheter kan en se i den norske studien til Li et al., (2012) der 80% svarte riktig på kunnskapsspørsmål om toleranse og behov for økte doser, men kun 45% svarte riktig angående hyperalgesi. Imidlertid var det kun 46,9% som erstattet pasientens daglige bruk av opioider noe som strider direkte mot faglitteraturen som er tydelig på at det er helt avgjørende for opioidavhengige pasienter at både basalbehovet og det akutte behovet blir dekket (Danielsen et al, 2016, s. 405). Flere studier viser at opioidavhengige pasienter ikke får mer opioider enn andre pasientgrupper (Kelleher & Cotter, 2009; Hines et al., 2008, referert i Li et al., 2012). Det virker som at kunnskapsnivået egentlig er høyt, men allikevel anvendes ikke kunnskapen i stor grad. For lavt kunnskapsnivå bekreftes også av spesialsykepleierne i smerteteamene som ble intervjuet i studien til Govertsen et al., (2019). Deres opplevelse var

at kunnskapsnivået til sykepleierne på post var for dårlig til å kunne behandle pasientgruppen på en god måte. I helsepersonelloven står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. For å oppnå dette er en helt avhengig i kunnskap om pasientgruppen en skal behandle. Loven er også klar på at dersom en ikke har tilstrekkelig med kompetanse skal dette innhentes (helsepersonelloven, 1999, §4). Dette kommer også frem i de yrkes etiske retningslinjene punkt 1.7, en skal erkjenne grenser ved egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Når det gjelder samarbeidet med leger erfarte flere av sykepleierne i studien til Morley et al., (2015) dette som en mulig barriere for god behandling. Ferske leger med lite erfaring angående pasientgruppen opplevdes usikre i håndteringen. Noen hadde også erfaringer med at legen ikke brydde seg om pasientgruppen, og spesielt for de ferske sykepleierne kunne det være vanskelig å konfrontere legene når de var uenige. Sykepleierne opplevde også at legene hadde ofte et annet fokus enn de hadde og at dette kunne vanskeliggjøre samarbeidet. Legene fokuserte på å kurere og de såg på avhengigheten som noe som kunne kureres, selv om pasienten var inneliggende for en helt annen årsak. På en annen side hadde spesialsykepleierne som Govertsen et al., (2019) intervjuet gode erfaringer med samarbeidet med leger. Selv om de også hadde opplevelser hvor legene nektet å høre på deres ekspertise. De fulgte allikevel opp pasientene og var raske med å konfrontere legene dersom de såg at behandlingen var utilstrekkelig. Dette var de trygge i på grunn av sin erfaring og kunnskap, men poengterte at de måtte være spesielt utfordrende for ferske sykepleiere å gjøre det samme.

Spesialsykepleierne i studien til Govertsen et al., (2019) poengterte også at samarbeidet med ulike i behandlingsapparatet var svært viktig. Nedtrapping var en viktig del av behandlingen og de hadde flere ganger opplevd pasienter som ble skrevet ut uten nedtrapping eller at fastlegen var informert om behovet for en nedtrappingsplan. Skoglund & Biong (2018, s. 188) presiserer viktigheten av å planlegge nedtrapping dersom pasienten skal ha opioider ved utskrivelse. Dersom pasienten mottar LAR-behandling er det viktig at de som gir pasienten denne behandlingen involveres.

Angående kartlegging av rusbruk viser studien til Li et al., (2012) at kun 38 % prosent av sykepleierne og legene kartla pasientens rusbruk, i tillegg kommer de frem at legene kartla oftere enn sykepleierne. En mulig årsak til dette er at sykepleierne ikke anser dette som deres

oppgave, men en legeoppgave. En annen mulig årsak er at kunnskapsnivået hos sykepleierne er for lavt til at de forstår hvorfor dette er viktig. I legeforeningens retningslinjer (2009) om smertelindring i kapittelet om rusavhengige, kommer de tydelig frem at nettopp dette er helt sentralt for å både unngå abstinenser og å oppnå adekvat smertelindring. Danielsen et al., (2016, s. 405) vektlegger også kartlegging av rusbruk for å kunne oppnå god behandling. Spesialsykepleierne som arbeidet i smerteteam hadde gode erfaringer med å prioritere nok tid til kartlegging av rusbruk. Deres erfaring var at dette var en sentral faktor for å oppnå god behandling (Govertsen et al., 2019).

Ut fra dette virker det som at mange sykepleiere selv opplever at det har for lite kunnskap innen fagfeltet og at dette er noe som gjør det mer utfordrende å gi god behandling. Det kan også virke som at behandlingen innen fagfeltet i stor grad er erfaringsbasert og ikke kunnskapsbasert. Dette fører til og samsvarer med at de med lite erfaring innen pasientgruppen er de som opplever pasientgruppen som mest utfordrende å arbeide med.

5.2 Holdninger

Stigma i samfunnet mot opioidavhengige er muligens en av årsakene til dårlige holdninger hos helsepersonell. Pasienter med en stigmatisert lidelse opplever ofte negative holdninger fra helsepersonell (Ytrehus, 2018, s. 224). Travelbee (1999, s.186-187) mente at førsteinntrykket var svært viktig for hvilke tanker og meninger en fikk av pasienten under det innledende møtet. Førsteintrykket kunne allerede være farget av informasjon en hadde fått fra andre og at slikt generalisering kunne være et hinder for et godt samarbeid. Bare litt over halvparten av deltakerne i studien til Li et al., (2012) som inkluderte både sykepleiere og leger svarte at de anså opioidavhengighet som en sykdom, på tross av at en fra 1997 har sett på denne tilstanden med et biologisk perspektiv og ikke et sosialpsykologiske syn. Først etter rusreformen 2004 fikk rusmiddelavhengige rett på helsehjelp på lik linje med andre pasientgrupper i samfunnet (Helsedepartementet, 2004, s. 15). Christiansen (2018, s. 162) mener at det er viktig at helsepersonell er bevisst sine egne holdninger til pasientene og hvordan disse kommer til uttrykk ovenfor pasientene og kollegaer.

Sykepleierne intervjuet av Neville og Roan (2014) om deres tanker og følelser rundt å jobbe med stoffavhengige pasienter vektla frykt for egen sikkerhet og gjentatte erfaringer med manipulasjon som en årsak til negativet tanker og kilde til stigmatisering av pasientgruppen.

Allikevel svarer de fleste sykepleierne at deres plikt til å behandle pasienten ikke påvirkes av dette. Noen trekker frem at de synes det kan være krevende med nettopp denne pasientgruppen, men at de forsøkte så godt de kunne. Noen svarer også at de er tøffere mot disse pasientene enn andre, for å beskytte seg selv å unngå å bli manipulert. «*I think I am a bit harder on the surface so that I don't get manipulated, but I basically give these patients the same care I would give other patients*» (Neville & Roan, 2014, s. 5). Flere trekker også frem at pasientgruppen tærer mer på tålmodigheten deres. Pasientgruppen krever mye tid og ressurser og oppleves ofte psykisk tyngre å jobbe med. Flere trekker frem opplevelser med aggressivitet og en høyere følelse av stress på grunn av redsel for vold. Noen sier derfor at de vier mindre tid til opioidavhengige sett opp mot andre pasientgrupper. Det kan være forståelig at sykepleierne forsøker å skjerme seg selv mot disse situasjonene men samtidig går dette imot rettferdighetsprinsippet. Uansett bakgrunn og opptreden har disse pasienten rett på samme helsehjelp som andre, og ved å vike unna pasienten kan dette føre til at pasienten ikke får den hjelpen som egentlig er nødvendig (Nortvedt, 2021, s. 87-88). I tillegg kan det være en kilde til frustrasjon hos den opioidavhengige dersom en merker at sykepleieren er unnvikende. Sykepleierne i studien til Neville og Roan (2014) erfarte også at det var lite givende å arbeide med pasientgruppen fordi de la ned så mye energi, og de erfarte at de fleste kom tilbake i samme situasjon senere. Studien konkluderer med at sykepleierne uttrykker dårlige holdninger ovenfor pasienter med avhengighet. Krokmyrdal og Andenæs (2015) finner også tegn til mistillit og negative holdninger overfor pasientgruppen i Norge. Litt over halvparten av sykepleierne mente pasientene løy om effekten av smertestillende eller overdrev egen smerteopplevelsen. Noe som strider direkte imot faglitteraturen der Danielsen et al., (2016, s. 388) sier at det er helt avgjørende at sykepleieren har tillit til pasientens forklaring av smerten for å oppnå god smertelindring.

I studien til Morley et al. (2015) benytter også sykepleierne ord som; «*vanskelige*», «*manipulerende*», «*aggressive*», «*uhygieniske*», «*pasienter med dårlig etterlevelse*» og «*lite vilje til samarbeid*». Ordet «*vanskelig*» går igjen hos alle deltakerne. Sykepleierne uttrykte også frustrasjon rundt at disse pasientene ikke samarbeidet om fysioterapi eller hygiene, der spesielt fysioterapi kunne være en viktig del av behandlingen. Dette ble en kilde til frustrasjon dersom pasienten ble inneliggende og ikke samarbeidet med behandlingen. På tross av dette var samtlige av sykepleierne tydelig på at det var viktig å ikke generalisere pasientgruppen. Alle rusavhengige var forskjellige og hadde ulike behov. Det var viktig at behandling var holistisk og individuelt tilpasset. Sykepleierne erfarte også at de følte lettere å behandle

pasienter som enten forsøkte å slutte med rus eller som en del av et LAR program.

Sykepleierne trodde dette var fordi de følte disse pasienten forsøkte å gjøre «*det rette*» og derfor ble favorisert.

Når det gjelder bruk av kartleggingsverktøy og sykepleieres holdninger til dette viser studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) at nesten alle oppfattet når pasienten hadde smerte, men å fastslå graden av smerte hadde 54% vanskeligheter med. Kun 46% brukte smertekartleggingsverktøy. Li et al., (2012) understøtter påstanden om at få sykepleiere bruker smertekartleggingsverktøy. Der 52% svarer at de aldri bruker verktøy til å rangere smerte og kun 23,2% svarer at de anvendes ofte. Allikevel svarer de fleste at de er klar over viktigheten av kartlegging. Mulige årsaker kan være dårlige rutiner eller holdninger. Studien er også relativt gammel og det er usikkert om bruken av kartleggingsverktøy har blitt bedre de siste 10 årene. Samtidig viser en norsk undersøkelse om intensivsykepleier at kun 10% benyttet kartleggingsverktøy ved vurderinger av smerter, noe som kan peke mot at dette ikke bare gjelder stoffavhengige men alle pasientgrupper (Reisersdal mfl. 2007, referert i Danielse et al., 2016, s. 383). En annen årsak til at sykepleierne velger å ikke benytte seg av smertekartleggingsverktøy er at de ikke tror på rapporteringen til pasienten. Sykepleiere som ble intervjuet av Neville og Roan (2014) viste lite tillit til pasientgruppen. De hadde erfart at pasienter rapporterte 10 av 10 på NRS samtidig som pasienten ikke hadde noen fysiologiske tegn og fremsto avslappet, det kan virke som disse sykepleierne ikke er bevisste på at pasienter som har hatt smerter over tid kan mangle fysiske tegn på smerter (Danielsen et al, 2018, s. 383). Andre sykepleiere i studien til Neville og Roan (2014) svarte at de ikke alltid trodde på pasienten men valgte å lytte til pasienten og gi smertestillende ut fra pasientens rapportering. Studien til Li et al., (2012) viser også at sykepleierne føler seg manipulert av pasientgruppen og blant annet derfor ikke tror på pasientens formidling av smerte. Sykepleierne er pliktig gjennom helsepersonelloven til å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis, og ved at sykepleieren ikke etterspør grad av smerte og dokumenterer dette klarer sykepleieren trolig ikke å oppfylle dette kravet (helsepersonelloven, 1999, §39 og §40). Forskning viser at ved hjelp av kartleggingsverktøy vil en kunne få frem bedre informasjonsgrunnlag om pasienten en dersom en baserer seg på en fri samtale (Heyn, referert i Eide og Eide, 2017, s. 209). Danielsen et al., (2016, s. 390) påstår også at bruk av kartleggingsverktøy kan dra fokus vekk fra holdninger og egen oppfatning. Dette samsvarer med hva spesialsykepleierne som arbeidet

i smerteteam fortalte, de anså bruk av kartleggingsverktøy som avgjørende for å oppnå smertelindring hos denne pasientgruppen (Govertsen et al., 2019).

Spesialsykepleierne hadde også erfaringer med at noen pasienter løy om smerter og var manipulerende, men de presiserte at de var oppmerksomme på at denne pasientgruppen ofte kom fra svært tøffe miljøer der de ikke kunne stole på noen og alt var en kamp. De vektla viktigheten av å ikke stigmatisere pasientgruppen og at det var viktig å nullstille seg selv før vært enkelt møte. Slik kunne de møte hver enkelt pasient med et åpent sinn og oppriktig interesse noe de erfarte lettet relasjonsbyggingen som førte til et bedre samarbeid (Govertsen et al., (2019). Studier har også vist at dårlig kunnskap innen et tema, kan føre til dårligere holdninger ovenfor samme tema (Christiansen, 2018, s. 162), noe som samstemmer med funnene i disse artiklene hvor de med mest kunnskap er de som tilsynelatende har best holdninger.

Det virker til at frykt for egensikkerhet og tidligere erfaringer med manipulasjon er en kilde til dårlig holdninger hos sykepleierne. De fleste erfarer at pasientgruppen er vanskelig å jobbe med, krever med tid og er psykisk tyngre. Derfor er det mulig pasientgruppen ikke behandles tilstrekkelig som en følge av dårlige holdninger og svekket tillit mellom sykepleier og pasient.

5.3 Relasjon

Eide og Eide (2017, s. 26) skriver at tillit er vesentlig for å fremme god kommunikasjon og å bygge relasjoner. Ved at sykepleieren viser pasienten tillit, kan pasienten oppleve at han eller hun ikke er forhånds dømt og at videre handlingsalternativer ikke er forhåndsbestemt. Dette mente også Travelbee (1999, s. 183), for å opprette en relasjon er vi helt avhengig av å gi tillit. Spesialsykepleierne i studien til Govertsen et al., (2019) erfarte nettopp dette, for å opprette en relasjon var de viktig at pasienten ikke følte seg forhånds dømt. De kom ofte til pasienter som var omtalt som «*vanskelig å ha med å gjøre*» av personalet på post, og mente at årsaken var som oftest at de enten ikke hadde følte de ble tatt seriøst av personalet eller at de hadde smerte som ikke ble lindret. Sykepleierne i smerteteamene erfarte at de klarte å opprette et samarbeid med pasientgruppen. Tilnærmingen deres er svært like den som Travelbee (1999, s. 171) beskrev. Sykepleieren må se mennesket bak pasienten, og sykepleieren må gå aktivt inn for å bli kjent med dette «*mennesket*» ikke «*pasienten*» eller «*sykdommen*». Slik kunne gode relasjoner etableres.

Flere av deltakerne i studiene til Morley et al., (2015) opplevde at pasientene drev med rus for å takle psykiske problemer. De anså det som viktig å ha fokus på de underliggende problemet og å etablere en relasjon. De presiserte også at pasientene ofte var kompliserte og at relasjonsbygging til disse pasientene krevde mer tid. På bakgrunn av dette erfarte sykepleierne i denne studien at lite tid til rådighet var en barriere for å oppnå god smertelindring. Dette understøttes av Neville og Roan (2014) sin studie der sykepleierne ser på pasientgruppen som utfordrende, men de erfarte at med nok tid, tålmodighet og forståelse gikk relasjonsbyggingen lettere som kunne føre til bedre smertelindring. Spesialsykepleierne som arbeidet i smerteteamene presiserte også at for dem var deres mulighet til å bruke god tid for å bygge en relasjon helt essensielt for å oppnå suksess. Dette var også noe de såg at sykepleierne på sengeposter slet med i sin hverdag (Govertsen et al., 2019).

Li et al., (2012) poengterte at følelsen sykepleierne har av å bli manipulerte av pasientene kan påvirke beslutningsprosesser rundt smertelindring som videre kan føre til ikke adekvat smertelindring. Tilbakeholdelse av medikamenter kunne gi en irritert pasient som fremsto aggressiv og vanskelig. Dette var en årsak til pasienter som stakk av og kommer tilbake i dårligere tilstand. Noe som igjen kunne bli en kilde til et dårligere syn på pasientgruppen blant helsepersonellet. En kommer inn i en negativ spiral en ikke kommer ut av. Travelbee (1999, s.30 og 41) beskrev dette samspille som sykepleierne her opplever «*sykepleieren innvirker på mottakeren, som i sin tur innvirker på sykepleieren*». Selv om en er avhengig av begge parter for å oppnå en god relasjon mente Travelbee at sykepleieren som den profesjonelle parten hadde ansvaret for å arbeide målbevisst for å opprette og opprettholde forholdet. Dette kommer også frem i sykepleierenes yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.4, sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Over halvparten av sykepleierne som besvarte undersøkelsen til Li et al., (2012) opplevde ofte pasientene som «*ruset*». Dette kunne påvirke tilliten og samtidig ytret sykepleierne stor bekymring rundt denne potensielle skjulte rusbruken. På den andre siden var det under halvparten som erstattet den daglige opioidbruken til pasientene, som trolig er en av årsakene til at pasienter velger å selvmedisinere seg. Opioidsubstitusjon kan forhindre abstinenser som er en sentral del av smertelindringer til pasientgruppen fordi abstinenser kan forsterke hyperalgesi i tillegg til å gi andre ubehagelige symptomer (Mørland & Waal, 2016, s. 164).

En annen kilde til tvil blant sykepleierne kan være pasientens fokus og etterspørsel etter smertestillende. Ifølge Danielsen et al., (2016, s. 397) blir sykepleiere skeptiske dersom pasienten har et fokus på når neste dose med opioider kommer. Dette bekreftes i studien til Morley et al., (2015) der alle sykepleierne erfart at pasientene stadig ba om mer og større doser smertestillende. De ble ofte spurt om eksakte medikament i spesifikke doser. Det var kun to deltakere i studien som oppfattet dette som russøkende adferd, men flere andre sykepleiere erfarte at de kunne bli mer mistenksomme ovenfor pasientens smerterapportering. Danielsen et al., (2016, s. 397) poengterer at disse forespørslene kan komme av tidligere dårlige erfaringer, informasjonsbehov eller at pasienten er redd for en smertetopp.

Alle deltakerne i studien til Govertsen et al., (2019) erfarte at pasientene ble tryggere når de tok seg god tid og behandlet pasientene seriøst og med respekt. «*Making the patient feel safe is everything*» (Govertsen et al., 2019, s. 6). De hadde en bred enighet om at for å opprette en relasjon og et godt samarbeid måtte en være ærlig og direkte fra første stund. En måtte tørre å spørre de vanskelige spørsmålene. Ved møte med manipulative og vanskelige pasienter erfarte noen godt av å ansvarliggjøre pasienten. «*Establishing trust is a two-way street*» (Govertsen et al., 2019, s. 6). En deltaker poengterer at opioidavhengige pasienter blir vanskelige å ha med å gjøre når planen for behandlingen er dårlig. Dersom de følges opp skikkelig og behandling ikke oppleves tilfeldig blir pasienten mer medgjørilig.

De aller fleste sykepleierne erfarte at nok tid var en viktig faktor for å kunne etablere en relasjon til pasientgruppen. Samtidig burde en være åpen og ærlig fra første møte. Mistillit på grunn av dårlig kommunikasjon, fordommer eller lite kunnskap kan være en årsak til dårlige relasjoner.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare problemstillingen min «*Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertelindring av opioidavhengige pasienter på sykehus?*» Sykepleierne erfarer at deres nivå av kunnskap påvirker hvor godt de håndterer smertelindringen av pasientgruppen og at mange av sykepleierne selv opplever dette som for lavt. Det virker også til at behandlingen innen fagfeltet i stor grad er erfaringsbasert, noe som samsvarer med at sykepleierne med minst erfaring er de som oppfatter pasientgruppen som mest krevende.

Sykepleierne erfarer også at stigmatisering i samfunnet, frykt for egensikkerhet og tidligere erfaringer med manipulasjon kan være kilder til dårlige holdninger mot pasientgruppen. Sykepleieren virker til å være bevisst dette og hvordan dette kan føre til dårligere helsehjelp. Lite tillit til pasientgruppen virker til å være en av årsakene til at sykepleierne i liten grad benytter seg av kartleggingsverktøy som kunne bidratt til å fokusere vekk fra egne meninger. Sykepleierne erfarer også at nok tid til rådighet er avgjørende for å kunne opprette en relasjon til pasienten, noe som sykepleierne anså som en vesentlig del av å kunne oppnå effektiv smertelindring.

Det er mulig at opioidavhengige ikke får tilstrekkelig smertelindring mens de er inneliggende på sykehus som en følge av mangel på kunnskap, dårlige holdninger og dårlige relasjoner blant helsepersonellet. Sykepleieren er selv ansvarlig både juridisk og etisk til å enten tilegne seg kunnskap eller å innhente annen hjelp for å kunne opprettholde forsvarligheten i behandlingen. I tillegg er spesialisthelsetjenesten ansvarlig for å tilrettelegge for at sykepleierne er istand til å overholde sine plikter, som å tilrettelegge for at sykepleierne har nok tid hos pasientene og får mulighet til å tilegne seg nødvendig kunnskap.

Kildeliste

Aas, A. (2018). *Smerteboken*. Dreyers forlag.

Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s.13-20). Cappelen Damm.

Brøntveit, E. & Duesund, K. (2002). *Filosofi, livssyn og etikk*. Fagbokforlaget.

Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 159-177). Cappelen Damm.

Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving. (7.utg.). Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Smerte. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Allmås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg, s.381-428). Gyldendal Akademisk.

Den norske legeforeningen (2009) *Retningslinjer for smertelindring*.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner; personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.) Gyldendal akademiske.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. (5.utg., s. 887-907). Cappelen dam.

Ervik, R. og 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.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (4.utg.). Gyldendal akademiske.

FHI (2022) Problembruk av narkotika. Publisert 18/9-2018, oppdatert 30/3-22, hentet 05.april.2022 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/?term=&h=1>

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. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 2019;14(75746):(e-75746). Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>

Heggestad, A. K. T. & Knutstad, U. (2016). Pasientens opplevelser og reaksjoner. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (red.), *Sentrale begrep og fenomener i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. (4. utg., s.17-22). Cappelen damm.

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Rundskrivnummer??) [Rundskriv] Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

IASP. (2021). Terminology. Hentet 20. mars 2022 fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, J. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 1*. (2.utg., s.15-28). Gyldendal akademiske.

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). Treatment of drug addicts with pain in hospital. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 7(3), 252–260 DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg.). Gyldendal akademiske.
- Morgan BD. (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>
- 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>
- Mørland, J & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke – innføring i sykepleieetikk* (utg. 3.). Gyldendal akademiske.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – innføring i sykepleieetikk* (utg 2.). Gyldendal akademiske.
- Nortvedt, F., Leegaard, M., Valeberg, B. & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte – Begrep og fenomen. I S. Helseth, M. Leegaard & F. Nortvedt (red.). *Livskvalitet og smerte – et mangfoldig forskningsfelt*. (s. 11-24). Gyldendal.

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

Norsk Sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 09.12.2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

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

Prop. 92 L (2020-2021). Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform– opphevelse av straffansvar m.m.). Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=1>

SERAF (2021). Statusrapport 2020 – LAR behandling under første året med Covid-19 pandemi. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2021/seraf-rapport-nr-4-2021-statusrapport-2020.pdf>

Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlene virkning og skadevirkning. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 90-112). Cappelen Damm.

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.

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

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

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademiske.
- Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 215-233). Cappelen Damm.
- Werner, M. (2019). Farmakologi. I M. Werner & A. Bäckryd (red.) *Akut och cancerrelaterad smärta: Smartmedicin Vol.1*. (s. 93-230). Liber AB.
- WHO (2019) The ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization. Hentet fra:
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F11.2>
- Winger, A. & Leegard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (red.), *Sentrale begrep og fenomener i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. (4. utg., s.172-194). Cappelen damm.