

Smertelindring til opioidavhengige pasienter

Kandidatnummer: 347
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8968
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
Tittel: Smertelindring til opioidavhengige pasienter	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke erfaringer har sykepleier med smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt i sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag vil teori om sykepleiers lindrende funksjon, Travelbee og yrkesetikk utdypes. Videre vil teori om opioidavhengighet, den opioidavhengige pasienten og smerter utdypes, men hovedfokus på smerter hos opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Deretter vil teori om sykehusinnleggelse og den opioidavhengige pasienten utdypes. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av relevant lovverk.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Relevant faglitteratur og kunnskap fra allerede eksisterende forskning er benyttet for å besvare problemstillingen til oppgaven. Relevante forskningsartikler er innhentet av litteratursøk i forskjellige databaser. Søkeordene som er brukt er: Substance use disorder, substance related disorder, hospital, hospital admission, nurse, pain, pain management.</p> <p><u>Drøfting:</u> I oppgavens diskusjon blir funn og resultater fra utvalgte forskningsartikler drøftet på bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Dette for å belyse og besvare problemstillingen. Sykepleiers kunnskap og erfaring, holdninger og alliansedannelse blir trukket frem som faktorer som sykepleiere erfarer avgjør smertelindring hos opioidavhengige. Til slutt blir kartlegging, abstinensavdekking og organisatoriske faktorer diskutert som andre faktorer sykepleiere erfarer rundt smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Dette blir diskutert i lys av relevant lovverk og yrkesetiske prinsipper.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleiere erfarer at lite kunnskap og erfaring spiller inn på smertelindringen til opioidavhengige pasienter. De erfarer også at dårlige holdninger og stigmatisering innvirker negativt på smertelindring, og at en holdningsendring er nødvendig. Alliansedannelse er en nøkkelfaktor for å oppnå god smertelindring. Kartlegging av abstinens og en endring i rutiner på avdelingen er en forutsetning for økt kunnskap og holdningsendringer. Loven blir ikke overholdt, brukermidvirkning blir ikke opprettholdt i mange situasjoner, og pasientene får ikke behandling på lik linje med andre.</p>	

(Totalt antall ord:280)

1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans	4
1.3 Problemstilling	4
1.3.1 Kontekst	4
1.3.2 Avgrensing	4
1.3.3 Begrepsavklaring	5
1.4 Disposisjon av oppgaven	5
2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1 Sykepleiers lindrende funksjon	6
2.1 Sykepleie og Travelbee	6
2.2 Sykepleie og yrkesetikk	7
2.2 Opioidavhengighet	8
2.2.1 Den opioidavhengige pasienten	8
2.2.2 Komorbiditet	9
2.2.3 Behandling	10
2.3 Smerter	10
2.3.1 Generelt om smerter	10
2.3.2 Smerter hos opioidavhengige	11
2.4 Sykehus	11
2.5 Lovverk	12
3.0 Metode	13
3.1 Litteratursøk	13
3.1.1 Valg av databaser og søkeord	13
3.1.2 Tabell over litteratursøk	14
3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.1.4 Kvalitativ og kvantitativ metode	14
3.2 Utvalg av faglitteratur	15
3.3 Kildekritikk	16
3.4 Etske vurderinger	17
4.0 Resultater og funn	18
4.1 Artikkelmatrise	19
5.0 Diskusjon	21
5.1 Kunnskap og erfaring	21
5.2 Holdninger	23
5.3 Allianse	26
5.4 Sykehuset	28
6.0 Avslutning	32
7.0 Referanseliste	33

1.0 Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er sykepleiers erfaringer med smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt i sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har lenge hatt en fascinasjon av pasientgruppen opioidavhengige pasienter, da de er en veldig stigmatisert gruppe i samfunnet som lett kan bli forhåndsdomt. Mange ser på de som kun narkomane, og ser ikke personen bak rusavhengigheten. Det er alltid en grunn for at mennesker havner der de gjør, og rusavhengige har som regel havnet på denne veien på grunn av en dårlig barndom eller andre traumer i oppveksten. Smertelindring av denne pasientgruppen har jeg ingen erfaring med, men synes det er et veldig interessant tema, og interessen stiger dess mer jeg leser om det. Denne pasientgruppen kan ofte få manglende smertelindring på sykehus. Det kan være ulike grunner til dette. Faktorer som stigmatisering, misforståelser og manglende kunnskap hindrer at denne pasientgruppen får den sykepleien de har krav på (Danielsen, et al., 2017, s. 405).

Rusmiddelbruk er direkte og indirekte blant de viktigste årsakene til sykdommer og helseplager blant befolkningen i hele verden (Mørland & Waal, 2016, s. 315). Den totale dødeligheten er ca. 15 ganger høyere hos opioidavhengige enn hos andre i samme aldersgruppe i befolkningen. Dette indikerer også at sykkeligheten er stor (Skoglund & Biong, 2018, s. 179).

Mange som innlegges inn på sykehus har et rusmiddelproblem, og mange pasienter med rusmiddelproblemer blir innlagt i sykehus, ofte flere ganger i løpet av et år. Dette på grunn av deres rusmiddelbruk er helseskadelig, og dermed oftere trenger hjelp til sine somatiske sykdommer og psykiske lidelser (Skoglund & Biong, 2018, s. 178; Christiansen, 2018, s. 159). Det er antatt at i Norge har sykehusinnleggelse med en rusmiddelrelatert årsak økt med 44% i løpet av 10 år (Rossow, 2010).

Tidligere var behandling av rusproblemer klart atskilt fra psykiske lidelser og somatiske sykdommer. At tiltakene var styrt av forskjellige lovverk er en av grunnene for dette. Dette endret seg i 2004, da rusreformen ble innført. Da ble mennesker med rusmiddelproblemer likestilt med andre pasientgrupper, og de fikk lovfestede pasientrettigheter (Christiansen,

2018, s. 159). Nå er det også en rusreform i utvikling som skal endre seg fra straff til hjelp, behandling og oppfølging til personer med besittelse og bruk av narkotika (Prop. 92 L (2020–2021), s. 5).

Helsedirektoratet peker på at opioidavhengige personer kan oppleve negative holdninger, fordommer og stigmatisering fra samfunnet. Dette kan videre virke negativt inn på sosiale forhold. Et eksempel på dette er at opioidavhengige ikke mottar helsetjenester på lik linje som mennesker som ikke bruker rusmidler. Brukermedvirkning kan også bli hindret grunnet dårlige allianser til helsepersonell (Skoglund & Biong, 2018, s. 179)

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Et viktig perspektiv i sykepleie er å fokusere på er at vi skal møte og ivareta pasienten ut fra hvordan pasienten opplever og erfarer sin tilstand her og nå (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 20). Det er viktig at sykepleier har kunnskap om pasienter med en opioidavhengighet for å gi helhetlig og forsvarlig omsorg (Skoglund & Biong, 2018, s. 183). Alle pasienter har krav på riktig behandling (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Sykepleier har mange ulike ansvars- og funksjonsområder. Sykepleiers lindrende funksjon skal begrense omfanget av pasientens psykiske, fysiske og sosiale belastninger, dette er sentralt i omsorgen.

1.3 Problemstilling

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med smertelindring til opioidavhengige innlagt i sykehus?»

1.3.1 Kontekst

Oppgaven tar utgangspunkt i opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus, på somatisk avdeling.

1.3.2 Avgrensning

I oppgaven har jeg valgt å avgrense til opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Jeg vil ikke ta for meg andre rusmiddelavhengige pasienter, som for eksempel alkoholisme. Jeg vil

heller ikke ta for meg pasienter på andre institusjoner utenfor sykehus, som for eksempel en rusinstitusjon eller hjemmetjeneste. Pasientene er innlagt i sykehus for et somatisk problem, og ikke for å bli kvitt sin opioidavhengighet. Jeg vil ta for meg sykepleieres erfaringer, og ikke opioidavhengige pasienters erfaringer.

1.3.3 Begrepsavklaring

Erfaring er den informasjonen som er ervervet av individet gjennom sansing og handling. Dette er en subjektiv opplevelse (Holmen, 2021).

Opioidavhengighet defineres ut fra det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet ICD-10, utviklet av Verdens helseorganisasjon, og ut fra det psykiatriske klassifikasjonssystemet DSM-IV, utviklet av den amerikanske psykiaterforening, som en biopsykososial lidelse med forekomst av flere diagnosekriterier i løpet av de siste 12 månedene (Helsedirektoratet, 2010).

1.4 Disposisjon av oppgaven

Relevant teori presenteres i kapittel 2 som bakgrunn for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 presenteres i oppgavens metode med tabell over litteratursøket, og med begrunnelse for valgt fagstoff. I kapittel 4 presenteres resultater og funn fra forskningsartikler i en artikkelmatrise. I kapittel 5 vil funn og resultater fra forskningslitteraturen, og teori fra kapittel 2 benyttes for å drøfte problemstillingen. Avslutningsvis vil sentrale funn fra drøftingen oppsummeres og oppgavens problemstilling besvares.

2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I denne delen vil relevant teori om sykepleiers lindrende funksjon, Travelbee sin sykepleieteori og yrkesetikk beskrives. Videre blir den opioidavhengige pasienten, smerter, sykehusinnleggelse beskrevet, før til slutt relevant lovverk beskrevet.

2.1 Sykepleiers lindrende funksjon

Sykepleier har mange ulike ansvars- og funksjonsområder. Sykepleiers lindrende funksjon er sentralt i omsorgen, og den skal begrense omfanget av pasientens psykiske, fysiske og sosiale belastninger. Å lindre pasientens smerter er viktig, samtidig er et annet aspekt ved lindring også viktig. Det innebærer at pasienten får muligheten til å uttrykke hvordan sykdom og behandling oppleves og påvirker ens livsutfoldelse. For at sykepleier skal ivareta dens lindrende funksjon på best mulig måte er det viktig å rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet, samt erfaringer og opplevelser knyttet til deres sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Sykepleier må ta utgangspunkt i den opioidavhengige pasient sine opplevelser og erfaringer, og lindre deres smerter.

2.1 Sykepleie og Travelbee

Travelbee mener at opprettelsen av et menneske-til-menneske forhold bygger på fire viktige faser som ender opp i en femte fase som er det overordnede målet for relasjonen. Alle fasene må være oppfylt for at man kan nå et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, s. 186, 1999). Det innledende møtet dannes i stor grad på bakgrunn av tre begreper; observasjon, antakelser og verdidommer. Observasjoner og antakelser legger grunnlaget for hvilke følelser som utløses hos sykepleieren, og videre hvordan man opptrer overfor pasienten (Travelbee, 1999, s. 186). I denne fasen vil sykepleier og pasient i liten grad se på hverandre som likeverdige individer. Dette kan skyldes tidligere erfaringer eller forutinntatte meninger. Neste fase, hvor fremvekst av identiteter skjer, begynner man å verdsette hverandre som unike individer. Sykepleier må se pasienten uavhengig av seg selv og ikke over-identifisere pasientens utfordringer med sine egne erfaringer. Dette utgjør grunnlaget for at det er mulig for individene å gå ut over empatiens grenser (Travelbee, 1999, s. 189). Empatifasen gjenkjennes ved at sykepleieren har en intellektuell forståelse av pasientens psykiske tilstand, og pasienten møter forståelse og vil oppleve økt nærhet (Travelbee, 1999, s. 193). En viss form for tillit er nødvendig i denne fasen, og er noe som sykepleier må oppnå fra pasienten.

Det er viktig at sykepleieren er bevisst egne holdninger overfor pasienten. Neste fase omhandler sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 200). I tillegg til å forstå pasientens psykiske tilstand i empatifasen, vil sykepleieren gi følelsesmessig støtte, iverksette sykepleietiltak og hjelpe pasienten i en vanskelig tid (Travelbee, 1999, s. 201). Sympati- og medfølelsesfasen kan være utslagsgivende for pasienten i den grad at den kan hjelpe pasienten selv til å håndtere sykdommen. Selv om målet i denne fasen er å styrke evnen til å ha omsorg og bry seg om pasienten, er det viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne følelser og ikke blir for involvert (Travelbee, 1999, s. 204). Under sympati- og medfølelsesfasen vil forholdet mellom individene bli styrket og modnet. Videreutvikling av tillit skjer, og fortsetter i neste fase som er gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s. 211). Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen, og det overordnede målet for hele forholdet. Dette forutsetter at sykepleieren er i stand til å bruke seg selv og klarer å se pasienten som et individ med både fysiske og psykiske behov. Dersom tillit vokser frem til trygghet, er et nært og genuint forhold oppnådd (Travelbee, 1999, s. 215).

2.2 Sykepleie og yrkesetikk

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.” (NSF, 2019a).

Sykepleier skal arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene, som blant annet omhandler at den skal ta vare på enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg, utøve faglig forsvarlig sykepleie og skal ha ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019a).

Det moralske aspektet innen sykepleie består av den etiske prinsippene velgjørenhet og ikke skade-prinsippet, autonomi, selvbestemmelse, rettferdighet og barmhjertighet. Disse er grunnlaget for kravet om faglig forsvarlig og kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-2). Sykepleier er ansvarlig for å yte best mulig sykepleie til enhver tid ut fra fagets kunnskapsgrunnlag og være faglig oppdatert (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 18; NSF, 2019b).

2.2 Opioidavhengighet

2.2.1 Den opioidavhengige pasienten

Det er viktig å ha et biopsykososialt perspektiv ved samtidig behandling av ruslidelser og somatiske sykdommer. Symptomer og problemer vil ofte farges av den sammensatte bakgrunnen slik at rusvansker, særlig abstinensplager, og sosiale problemer vil kunne farge de somatiske vanskene. Psykiske problemer kan også innvirke på symptomer og samarbeidsevne. Det er viktig å legge primær vekt på at de somatiske problemene får grundig behandling og blir belyst tilstrekkelig (Mørland & Waal, 2016, s. 321). Det har forekommet at somatiske avdelinger har vegret seg for mottak av pasienter med ruslidelser fordi de forventer vanskeligheter og uro som forstyrrer avdelingen. Det er viktig å understreke at opioidavhengige pasienter har likeverdige pasientrettigheter som alle andre, men at det også må kunne stilles krav til pasienten, som må medvirke til at behandlingen skal kunne gjennomføres medisinsk forsvarlig (Mørland & Waal, 2016, s. 321).

Opioidavhengighet har for mange store konsekvenser, og situasjonen kan beskrives ut fra de tre dimensjonene i Verdens helseorganisasjons helsedefinisjon: Dårlig fysisk, psykisk helse og dårlige sosiale forhold (Skoglund & Biong, 2018, s. 178). Hovedregelen er at opioidavhengige har hatt store personlige problemer i oppveksten. Disse problemene debuterte ikke med stoffbruken, men blir forverret av å leve på utsiden av det etablerte samfunn (Fekjær, 2016, s. 92). De fleste har også gått glipp av en vanlig ungdomstid, utdanning og arbeidserfaring (Fekjær, 2016, s. 93).

I nesten alle undersøkelser av rusmiddelbelastende grupper, viser det en stor somatisk sykkelighet (Mørland & Waal, 2016, s. 315). Opioidavhengige mennesker har en risiko for å utvikle somatiske sykdommer og psykiske helseplager. De har større sjanser for å havne i ulykker (Mørland & Waal, 2016, s. 182). De har også større sjanser for å få infeksjoner på grunn av at de har en livsførsel som kan svekke immunforsvaret på grunn av dårlig ernæring, manglende husly og sviktende sanitære forhold. I tillegg vil bruk av sprøyter representere en betydelig risiko for infeksjon på grunn av bruksmåten. De viktigste risikofaktorene er injeksjon av kontaminerte stoffer, bruk av usterilt og felles injeksjonsutstyr (Mørland & Waal, 2016, s. 182).

Avhengigheten fanger opioidavhengige mennesker i en rus-abstinens-syklus som ofte fører til mange og komplekse helseproblemer (Slørdal, 2018b, s. 363). Abstinens vil oppstå når rusmidlenes effekt avtar. Effekt av rusmidler kan avta fra mellom 4-36 timer, avhengig av rusmiddelet. Symptomene varierer fra mindre til mer alvorlige symptomer som uro, irritabilitet, energimangel, tristhet, forhøyet puls og blodtrykk, smerter, kvalme, psykose og svettetokter (Skoglund & Biong, 2018, s. 182). Symptomer på abstinens må observeres nøye.. Rus- og abstinenssymptomer kan skjule symptomer på alvorlig somatisk sykdom. For å oppdage disse må helsepersonell være svært nøye i diagnostiseringen (Skoglund & Biong, 2018, s. 183). Det kan være krevende for pasienten å være i avdelingen om den får abstinenser, grunnet den fysiske og psykiske påkjenningen abstinens gir. Et viktig sykepleieansvar er å sørge for at pasienten ikke blir abstinent, sånn at pasienten får god behandling for tilstanden pasienten er innlagt for (Skoglund & Biong, 2018, s. 182). Det å være i forkant med abstinenslindring letter alliansen mellom pasient og helsepersonell. Pasientens vil føle seg sett og trygg om sykepleier lytter til pasientens behov relatert til abstinenser (Skoglund & Biong, 2018, s. 182).

Når en opioidavhengig pasient blir innlagt på sykehus føler de ofte at de blir behandlet som en typisk narkoman. De føler at de ikke blir tatt på alvor, og at de ikke får den smertelindringen de trenger og ønsker. Sykepleierne ser på dette som russøkende atferd, og holder tilbake smertelindring (Morgan, 2006). De beskriver at om sykepleier erkjenner deres smerte, kan det være en lettelse. Konsekvensene av å ikke bli hørt er at pasientene blir frustrerte, og dette kan føre til kranling, truende atferd, at de anskaffer seg rus fra andre steder og skriver seg ut av sykehuset mot avdelingens anbefaling (Morgan, 2006). For mange opioidavhengige pasienter kan også et sykehusopphold bidra til en pause fra en vanskelig hverdag, hvor de har mulighet for bedre søvn, hvile, ernæring og ro (Skoglund & Biong, 2018, s. 183).

2.2.2 Komorbiditet

Mange pasienter med en opioidavhengighet vil også ha psykososiale problemer. Forekomsten av psykiske lidelser er betydelig høyere enn i resten av befolkningen, og det samme gjelder somatiske sykdommer og skader (Mørland & Waal, 2016, s. 304). Pasientene trenger ofte flere typer behandling, og under sykehusoppholdet må sykepleiere ta hensyn til disse (Skoglund & Biong, 2018, s. 178; Mørland & Waal, 2016, s. 304). En kan anta at blant

rusmiddelavhengige i behandling, har 50-80% i tillegg en psykisk lidelse. Angst og depresjon er de vanligste (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). Ved de fleste ruslidelser er det også høy prevalens av personlighetsforstyrrelser. Rusmiddelbruken og det rusmiddeldominerte livet kan også gi bilder som ligner på personlighetsforstyrrelser (Mørland & Waal, 2016, s. 315). ECA-studien som ble utført i USA i 1990, undersøkte livstidsforekomst av ruslidelser ved ulike psykiatriske lidelser. Hovedfunnet er at det, i forhold til befolkningen som helhet, er en betydelig økt risiko for ruslidelser i alle grupper av psykiatriske lidelser. Den økte forekomsten av schizofren og bipolar lidelse er særlig utpreget (Mørland & Waal, 2016, s. 305). Det er dokumentert at opioidavhengige mennesker i stor grad bruker andre rusmidler i tillegg til opioider og har omfattende psykososiale problemer (Helsedirektoratet, 2010).

2.2.3 Behandling

En behandlingsmåte for opioidavhengighet er substitusjonsbehandling ved legemiddelassistert rehabilitering. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal bidra til økt livskvalitet, bistand til å endre sin livssituasjon ved økt mestrings- og funksjonsnivå. LAR-behandling skal også redusere sjansen for overdosedødsfall og skadene av opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010). Brukermedvirkning er sentralt i denne behandlingen.

2.3 Smerter

2.3.1 Generelt om smerter

Smerter er en subjektiv opplevelse, og kun den som opplever den vet hvordan den føles, hvor intens den er, og varigheten (Danielsen et al., s. 383, 2016, s. 383). I dag finnes det mye kunnskap om smerter motsetning til for 20-30 år siden. Til tross for denne økte kunnskapen er det fortsatt mange smertetilstander som er feil- og underdiagnostisert (Danielsen et al., 2016, s. 381). Målet med smertebehandling er å lindre pasientens smerter, sånn at pasienten får sovet og hvilt ordentlig, samt forhindre smertetopper og gjennombruddssmerter. Sykepleier sitt ansvar er stort her (Danielsen, et al., 2016, s. 381).

2.3.2 Smerter hos opioidavhengige

Opioider er en felles betegnelse på alle smertestillende legemidler som har samme virkningsmekanisme som morfin (Slørdal, 2018a, s. 330). Et problem med opioider er avhengighet etter langvarig bruk (Slørdal, 2018a, s. 331). Opioider er generelt veldig avhengighetsskapende, og etter en til to uker med kontinuerlig bruk kan man se typiske toleranse- og abstinensfenomener (Slørdal, 2018b, s. 363).

Kjennetegn på smerter hos opioidavhengige kan være forhøyet blodtrykk, økt puls, svette, uro, problemer med urinlatning, angst (av smerter eller frykt for abstinens), påvirket kroppsholdning og mimikk (Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Å ikke bli trodd kan faktisk oppleves verre enn å bære selve smerten (Danielsen, et al., 2017, s. 383). Under sykehusinnleggelse blir opioidavhengige ofte underbehandlet for smerte, og de som misbruker opioider vil da trenge høyere doser opioider enn de som ikke misbruker (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Pasientene er innlagt på sykehus for et annet problem enn rusproblemer. Målet er ikke at pasienten skal holdes rusfri, men at pasienten skal holdes smertefri. Dette bør overgå frykten for å overmedisinere (Skoglund & Biong, 2018, s. 187).

2.4 Sykehus

Når en pasient blir innlagt på sykehus må sykepleier starte med datainnsamling. Kartlegging av pasientens situasjon, fysiske og psykososiale behov og ressurser ved hjelp av subjektive og objektive data i samhandling med pasienten. Sykepleiers evne til observasjon er viktig da pasientens kroppslige tegn kan ytre seg som sykdom. Dette danner grunnlaget for de kliniske vurderinger og beslutninger som skal tas, og dermed hvilken behandling som settes i verk. Det må utarbeides tiltak og en behandlingsplan og implementering av disse. Tiltakene må kontinuerlig evalueres og vurderes, i samarbeid med pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22).

Det å samarbeide med pasienter med rusmiddelavhengighet kan være utfordrende, blant annet fordi mange av pasientene har opplevd traumer. Slike opplevelser gjøre at de fort kan føle seg krenket, og derfor er det veldig viktig at alt helsepersonell møter pasientene med respekt og en trygghet som sørger for å ivareta pasientens integritet. Det er viktig å skille mellom pasient og handlinger (Skoglund & Biong, 2018, s. 181). Opioidavhengige pasienter kan være ukjent for en del sykepleiere, og dette krever at man har et utvidet menneskesynet i møtet med andre

mennesker, som vil gi en bedre forutsetning for å møte det ukjente på en god måte (Henriksen & Vetlesen, 2003, s. 133).

På bakgrunn av miljøet pasientene lever i, hvor mye må forhandles om og det meste av tilværelsen handler om å skaffe seg rusmidler, kan det oppstå situasjoner som sykepleiere oppfatter som manipulering, men også en strategi for å skaffe seg det de trenger (Skoglund og Biong, 2018, s. 183). Som helsepersonell er det vårt ansvar å sørge for at disse strategiene ikke utfolder seg, slik at oppholdet på sykehuset blir rolig. Klare rutiner på avdelingen, klart definerte arbeidsoppgaver, trygghet i sine roller og et godt tverrfaglig samarbeid er tiltak som bidrar til dette (Skoglund & Biong, 2018, s. 181).

2.5 Lovverk

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) har som formål å blant annet motvirke lidelse, bidra til et likeverdig tjenestetilbud og bidra til at tjenestene blir tilpasset pasientenes behov.

Helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige, sånn at pasient får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-1) skal bidra til lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi brukere rettigheter. Loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, og ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. §3-1 fastslår at pasient har rett til medvirkning, og helsehjelpen skal utformes i samarbeid med pasient.

Helsepersonelloven (1999, §1-1) skal bidra til kvalitet og tillit i helsetjenesten og helsepersonell, samt bidra til sikkerhet for pasienter. I følge §4 skal helsepersonellet yte helsehjelp i samsvar med krav til faglig forsvarlighet (jf. spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Helsepersonell skal innhente bistand der det er nødvendig, og skal samarbeide med annet kvalifisert personell. Kapittel 3-§16 fastslår at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter.

3.0 Metode

Metoden er redskapet i gjennomføring av en undersøkelse. Metoden skal hjelpe oss å samle inn data vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 52).

Dalland siterer sosiologen Vilhelm Aubert;

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2017, s. 51).

Dette er en litterær oppgave, som innebærer å innhente data fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori for å diskutere og besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). I denne oppgaven er kildekritikk gjennom vurderinger av skriftlige kilder det metodiske redskapet (Dalland, 2017, s. 152).

3.1 Litteratursøk

3.1.1 Valg av databaser og søkeord

Jeg søkte i forskjellige databaser, CINAHL, PubMed, Journal of Addiction og Psych Info for å finne gode og relevante artikler som svarer på problemstillingen. Først søkte jeg mest på CINAHL, men gikk over til de andre databasene for å finne artikler som samsvarte med begrensningen i problemstillingen. For å sikre større dekning av forskningslitteratur på temaet, har jeg for det meste brukt databasen PubMed som er den mest brukte databasen blant helsepersonell, og Svemed+ for å finne relevant forskning fra nordiske helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2015, s. 85). Når jeg fant en relevant artikkel, studerte jeg i referanselisten for å se om det var andre relevante artikler som jeg også kunne bruke.

Jeg startet med å finne gode søkeord før jeg startet litteratursøket i databasene. Søkeordene skulle bidra til å finne artikler for å belyse problemstillingen. Noen av søkeordene fant jeg gjennom å se på MeSH-ordene som var brukt i artikler som jeg fant i starten samt å søke de opp på Helsebiblioteket sine nettsider.

Søkeord som er benyttet i søkene er: Substance use disorder, substance related disorder, hospital, hospital admission, nurse, pain, pain management.

3.1.2 Tabell over litteratursøk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1.	04.02.21	SweMed+	“pain management” AND “nurse” AND “Substance-related disorder”	3	«Peer reviewed», norsk, mindre enn ti år.	2	A. B. Govertsen, C. Aanensen, E. B. Moi (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige
2.	06.01.21	PubMed	«Substance use disorder» AND «nurses experiences» AND “pain”	49	«Peer reviewed», mindre enn ti år.	33	G. Morley, E. Briggs, G. Chumbley (2015). Nurses’ experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study.
3.	06.01.21	PubMed	«Substance use disorder» AND «nurses experiences» AND “pain”	49	«Peer reviewed», mindre enn fem år.	24	G. Horner, J. Daddona, D. J. Burke, J. Cullinane, M. Skeer, A. G. Wurcel (2019). “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder
4.	12.12.20	SweMed+	“pain management” AND “nurse” AND “Substance-related disorder”	3	«Peer reviewed», norsk, mindre enn ti år.	2	R. Li, E. Undall, R. Andenæs, D. Nåden (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier	Inklusjonskriterier
Artikler eldre enn 10 år Alkoholisme Opioidavhengige utenfor sykehus, for eksempel på rusinstitusjon, hjemmetjeneste eller andre institusjoner Opioidavhengiges erfaringer	Kvalitativ metode Artikler mindre enn ti år På somatisk sykehus Sykepleieres erfaringer Opioidavhengige med smerter

3.1.4 Kvalitativ og kvantitativ metode

De kvalitative metodene går inn for å fange opp meningen og opplevelsen som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative data kan kategoriseres og struktureres i form av statistikk, mens den kvalitative metoden er mer preget av åpenhet, andres meninger, og er mer fleksibel i forhold til den kvantitative (Dalland, 2017, s. 52). Jeg har hovedsakelig benyttet meg av

forskningsartikler av kvalitativt design, nettopp for å fange opp sykepleiers erfaring med smertelindring til opioidavhengige pasienter på et dypere nivå. Her får man innblikk i et tema som er vanskelig å tallfeste ved at sykepleierne utdyper sine erfaringer og opplevelser rundt temaet, og deres refleksjoner. Målet er å få en forståelse av sykepleieres erfaringer med smertelindring til opioidavhengige (Dalland, 2017, s. 53). Den ene artikkelen (artikkel 4 i artikkelmatrisen) som er valgt, benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode, en survey med 312 deltakere, i tillegg til individuelle dybdeintervjuer. Denne ble inkludert fordi det er et større utvalg enn de andre, og fordi at statistikken fra den kan være med på å diskutere de kvalitative funnene.

3.2 Utvalg av faglitteratur

For å finne relevant faglitteratur brukte jeg på biblioteket ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH). Her fant jeg bøker som jeg syntes så interessant ut, og gikk systematisk gjennom kapitlene for å se om de var relevante for min problemstilling. Jeg så spesielt om det var kapitler som omhandlet opioidavhengige pasienter på sykehus, og ikke generelt om opioidavhengige pasienter. Boken “Helsehjelp til personer med ruslidelser” av S. Biong & S. Ytrehus omhandler mye av oppgavens problemstilling. Jeg har særlig brukt to kapitler i denne boken da de omhandlet pasientgruppen på sykehus.

Biong og Ytrehus viser til en undersøkelse fra Rossow 2010 for en undersøkelse av en økning i sykehusinnleggelse av pasienter med en ruslidelse. Dalland (2017, s. 171) presiserer at man bør tilstrebe å oppsøke primærkilden. Derfor har jeg funnet frem til primærkilden for undersøkelsen, siden det er forskning som presenterer tallene.

I valget av litteratur har jeg valgt Joyce Travelbee sin sykepleieteori, fordi den vektlegger samhandling mellom sykepleier og pasient. Hennes vitenskapssyn er fra eksistensialistiske filosofi og humanistisk psykologi. Det eksistensialistiske menneskesynet ser på ethvert menneske som unik person, enestående og uerstattelig. Det humanistiske perspektivet sikter på å forstå menneskets eksistens gjennom handlinger og ytringer (Dalland, 2017). Dette avspeiles i måten hun beskriver sin sykepleietenkning på og dermed understøttes grunnlaget for all sykepleie, nemlig respekt for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet (NSF, 2019a). Hun ser på kommunikasjon som selve middelet for å etablere et hjelpeforhold, med det

forutsetning for å utøve sykepleie. Av den grunn er hennes teori av høy relevans for å belyse min problemstilling.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere den utvalgte litteraturen og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har til å belyse problemstillingen. Kildekritikk er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017, s. 152).

Forskningsartiklene fant jeg på egenhånd, ved søking i forskjellige databaser. Mange databaser ble benyttet, men jeg fokuserte mest på PubMed, SveMed+ og CINAHL, da jeg har mest erfaring med søk innen disse, og tenkte dermed at det vil bli enklere å finne relevante artikler. Det er mulig at jeg har gått glipp av relevante artikler ved at jeg for eksempel kunne søkt mer i Journal of Addiction og Psych Info, som er databaser som fokuserer på mitt område. Søkeordene jeg benyttet var aktuelle for problemstillingen, samtidig som søkeordene kan unnlate funn av gode artikler, da det kan finnes flere ord som kan treffe bedre.

Kombinasjonene av søkeord ble kun brukt med "AND", fordi forskningsartiklene skulle inneholde alle søkeordene. På en annen side kan dette også ha begrenset resultatene. Et kriterie i søket var at alle artiklene skulle være fagfellevurderte («peer reviewed»).

Fagfellevurderte artikler er kvalitetssikret av eksperter innenfor forskningsfeltet før de blir publisert. Fagfellevurderte artikler vurderes kritisk ut fra bestemte kvalitetskriterier, og fagfellevurderte artikler tilbyr derfor kvalitetssikret kunnskap (Svartdal, 2021). Under er kildekritikk av forskningsartiklene.

Govertsen et al., (2019)

Denne artikkelen omhandler kun sykepleiere fra smerteteam med lang erfaring, noe som kan gjøre at utfordringene som mindre erfarne sykepleiere møter, ikke kommer frem. Det kom frem mest positive erfaringer, noe som kan tyde på flest positive erfaringer, men som også kan være lite fokus på utfordringer, som deltakerne kunne blitt stilt flere spørsmål om. Men det at det kommer frem mest positive beskrivelser fra sykepleiere med lang erfaring og spesialkompetanse, kan også tyde på at det er det som trengs i møtet med opioidavhengige pasienter.

Morley et al., (2015)

Deltakerne bestod av et få antall kvinnelige sykepleiere fra et område i England, noe som begrenser resultatene og dermed ikke er generaliserbart. En annen kritikk er at dette er sykepleiernes beskrivelser av deres erfaringer, og ikke en observasjon av hva de faktisk gjør. Hva man sier og hva man gjør kan være to forskjellige ting.

Horner et al., (2019)

Deltakerne fra denne studien var fra en akademisk medisinsk senter i Boston. Dette gjør det problematisk å generalisere funnene fra studien, da det organisatoriske på det stedet kan være annerledes enn andre steder. Deltakerne kan også ha snakket sammen og blitt påvirket av hverandre i forkant av intervjuene. Helse-systemet er annerledes i USA enn i Norge, det kan også påvirke hvordan opioidavhengige pasienter blir behandlet og hvilke rettigheter de har. En annen kritikk av studien er at alle deltakerne var kvinner. Som funnene i studien sier, at deltakerne var avhengige av sikkerhetsvakter for å føle seg trygge, så kan menn ha en annen tilnærming til dette.

Li et al., (2012)

Deltakerne i studien var fra sykehus som ofte har opioidavhengige pasienter innlagt. Om det hadde vært et sykehus med færre opioidavhengige pasienter innlagt kunne svarene blitt annerledes. Spørreskjemaet var egenutviklet og ikke testet ut i andre studier. Dette gjør det vanskelig å generalisere resultatene.

3.4 Etiske vurderinger

Det er ingenting som kan true taushetsplikten, da jeg ikke beskriver egne erfaringer og pasientmøter. Referanser er henvist på den måten at forfatterne får æren for det arbeidet de har gjort, j.f. primærkilder.

4.0 Resultater og funn

I denne delen presenteres en oversikt over utvalgte forskningsartikler i en artikkelmatrise. Disse artiklene vil bli brukt i oppgavens diskusjon for å diskutere og besvare problemstillingen.

4.1 Artikkelmatrise

	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	A. B. Govertsen, C. Aanensen, E. B. Moi.	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige	Sykepleien: forskning	Å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer med smerteteam ved smertelindring til rusavhengige pasienter.	Kvalitativt design med individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere i smerteteam ved fire norske sykehus og benyttet kvalitativ innholdsanalyse.	Smerteteam har tid til direkte pasientkontakt. Der det mangler kompetanse hos helsepersonell, bistår smerteteamet med støtte og undervisning. Bistår også med kunnskap om rusanalyse og kartlegging, hvordan etablere tillit og trygghet og kommunikasjon. Samarbeid med helsepersonell i og utenfor sykehus vektlegges.
2	G. Morley, E. Briggs, G. Chumbley.	Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study.	Pain Management Nursing	Utforske sykepleieres erfaringer med å jobbe med pasienter med en ruslidelse med smerter ved å få en inngående innsikt fra deres perspektiv.	Beskrivende fenomenologi var brukt som et rammeverk for gjennomføring av semistrukturerte intervjuer for å få frem sykepleieres erfaringer.	Pasienter med en ruslidelse er høy risiko for utilstrekkelig smertelindring. Pasientene blir ofte beskrevet som vanskelige og at de ikke følger behandling. Deltakerne var også enig i at pasienter med en ruslidelse er forskjellige og trenger holistisk behandling. Avvik i behandling mellom leger og sykepleiere, arbeidsmengde, lite erfaring og eksternt press er også grunner for utilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere har behov for undervisning og erfaring for å forstå pasientgruppen.
3	G. Horner, J. Daddona, D. J. Burke, J. Cullinane, M. Skeer, A. G. Wurcel.	"You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a cormobid opioid use disorder.	PLoS One	Vurdere holdninger, oppfatninger, og opplæringsbehov av sykepleiere ved innlegging av pasienter med en opioidavhengighet.	Dybdeintervju med 22 sykepleiere som jobber på et stort akademisk senter. De brukte en semistrukturert intervjuguide.	Sykepleiere var bevisst på hvilke utfordringer pasientene har gjennom sykehusinnleggelsen, som smerter, stigma, og utdypet hvordan disse utfordringene blir overført til profesjonelt og emosjonelt press blant sykepleiere. De hadde anbefalinger på hvordan sykehuset kunne forbedre hjelpen for denne pasientgruppen, eks ved utvidet støtte for sykepleiere og mer strukturerte retningslinjer for pasienter med en opioidavhengighet.

4	R. Li, E. Undall, R. Andenæs, D. Nåden.	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.	Sykepleien: forskning	Å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerter innlagt i norske sykehus.	Beskrivende tverrsnittsdesign basert på en survey med hensiktsmessige utvalg. Utvalget bestod av 312 sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesivdelinger ved fire sykehus.	Resultatene indikerer at det kan være behov for holdningsendrende tiltak, undervisning og klinisk integrert læring, som har vist seg å høyne kunnskapen hos helsepersonell innen dette området. Like viktig er avdelingskultur som fremmer utvikling av og refleksjon av personlig kompetanse. Helsepersonells holdninger synes til en viss grad å trekke pasientens troverdighet i tvil.
---	--	--	-----------------------	--	--	---

5.0 Diskusjon

I denne delen skal jeg drøfte problemstillingen min “*hvilke erfaringer har sykepleier med smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt i sykehus?*”. Først drøfter jeg sykepleiers erfaringer rundt kunnskap og erfaringer, deretter deres erfaringer rundt holdninger til opioidavhengige pasienter. Så blir deres erfaringer rundt dannelse av allianser med pasientgruppen drøftet, og til slutt deres erfaringer ved ulike aspekter ved sykehusinnleggelsen.

5.1 Kunnskap og erfaring

Forskning (Morley et al., 2015; Govertsen et al., 2019; Horner et al., 2019; Li et al., 2012) peker på at erfaringen sykepleiere har i møte med pasienter med opioidavhengighet på sykehus tilsier at sykepleier har manglende kunnskap om dette fenomenet.

Opioidavhengige pasienter får ikke god nok smertelindring når de er innlagt på sykehus, og manglende kunnskaper kan hindre at disse pasientene får den sykepleien de har rett på (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 405). Deltakerne i Govertsen et al., (2019) beskrev at for å lykkes med smertelindring til rusavhengige, er utvidede fagkunnskaper et kriterium. De erfarte også at smertebehandlingen ofte var dårlig og det var kunnskapsmangel hos enkelte sykepleiere på sengeposter. Flere studier (Morley et al., 2015; Horner et al., 2019) peker også på dette. De mer erfarne sykepleierne forklarte at dess mer erfaring fører til bedre håndtering. De erfarte også at mindre erfarne sykepleiere synes det er ukomfortabelt å gi høyere doser med opiater. I studien til Morley et al., (2015) forklarer sykepleiere en erfaring at leger tok den siste avgjørelsen i henhold til ordinasjon av smertelindrende medikamenter. For de minst erfarne førte dette til en følelse av makteløshet til å behandle smerter fordi de ikke kan ordinere legemidler, og gjeldende ordinasjon var utilstrekkelig. Etter min vurdering skaper denne problemstillingen utfordringer, da verken sykepleier eller pasient blir hørt. Sykepleier tilbringer mest tid med pasientene, og det er de som får vite om og når pasienten har smerter. Det tar i mot pasientene, og observerer de i løpet av en vakt. At legen da skal bestemme alt alene strider mot pasientens brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) og sykepleiers evne til å yte helhetlig helsehjelp (NSF, 2019b). Dette kan da føre til at pasienten ikke blir godt nok smertelindret, og føle seg oversett.

Det er manglende samsvar mellom kunnskap om opioidavhengige pasienter, og anvendelse av denne kunnskapen. Tilstrekkelig kunnskap om psykiske problemer og rusmiddelavhengighet og dens konsekvenser er en forutsetning for å kunne møte brukeren på dens premisser, samt yte gode og tilpassede tjenester. Brukernes problemer og behov vil variere, og tjenesteutøverne må ha nødvendig kompetanse for å imøtekomme de ulike problemene (Helsedirektoratet, 2014). I studien til Li et al., (2012) svarte 83,5% riktig på spørsmålet om opioidavhengige har økt toleranse for opioider, og 70,8% svarte riktig på spørsmålet om rusmisbrukere trenger større doser opioider for å få effekt. Samtidig følte 56,1% av sykepleierne at pasientene manipulerer for å få opioider. Det indikerer at sykepleierne ikke bruker kunnskapen sin i møtet med pasienten, og trekker pasientens troverdighet i tvil. Kunnskap er en viktig faktor i dannelsen og endringen av holdninger (Li, et al., 2012). Det fremkommer i forskningsartikkelen til Li, et al., (2012), at dersom helsepersonell har tillit til pasientenes egen rapportering av smerte vil ikke opioidavhengige pasienter innta rusmidler i skjul.

Det finnes frykt blant sykepleiere for å anvende opioider som smertelindring. Sykepleiere er i hovedsak liberale i holdningen til opioidbruk hos pasienter og i stor grad tar hensyn til pasientens utsagn om sine smerter og handler ut fra egen kunnskap, vurderinger, og pasientens beskrivelser av smerten. Samtidig er det dårlig samsvar mellom hvilke holdninger sykepleiere har til å administrere opioider, og hvordan de faktisk administrerer forordnet behandlingen. Selv blant sykepleiere som uttrykker positive holdninger til smertelindring, gir mange lavere doser opioider enn det som er forordnet, selv blant sykepleiere som uttrykker positive holdninger til smertelindring (Danielsen et al., 2016, s.382-383). Forskning som omhandler generell postoperativ smertelindring viser til at lite kunnskap kan få sykepleiere til å ha negative holdninger og troen på opioider (Richards & Hubbert, 2007). Studien til Horner et al., (2019) viser til at erfarne sykepleiere oppfatter mindre erfarne sykepleiere som redde for å gi opioider til opioidavhengige pasienter. Dette støttes av Govertsen et al.(2019), som erfarer at sykepleiere er redde for å øke dosen på opioider, grunnet lite erfaring med denne type smertelindring. Man kan anta at dette kan ha sammenheng med at noen sykepleiere tror at opioide smertestillende bidrar til pasientens avhengighet.

Under sykehusinnleggelse blir opioidavhengige ofte underbehandlet for smerte, og de som misbruker opioider vil da trenge høyere doser opioider enn de som ikke misbruker (Skoglund & Biong, 2018, s. 187). Målet er ikke at pasienten skal holdes rusfri, men smertefri. Dette bør

overgå frykten for å overmedisinere (Skoglund & Biong, 2018, 183). Dette støttes av studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Neville & Roan (2014), hvor sykepleierne beskrev at de at de var redde for å bidra til avhengigheten til pasientene ved å gi dem opioider som smertelindring. Denne frykten kan føre til at sykepleierne ikke gir opioider som smertestillende til tross for at det ikke er bevist eller at det er noen indikasjoner på at smertebehandling med opioider bidrar eller forverrer pasientens avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Ut i fra dette kan man hevde at sykepleier erfaringer om smertelindring til opioidavhengige på sykehus, kan tilsi at kunnskap og erfaring om pasientgruppen er nødvendig for å kunne gi god smertelindring.

5.2 Holdninger

Det er flere årsaker til manglende smertelindring til opioidavhengige pasienter enn mangel på kunnskaper, dårlige rutiner og frykt for å gi opioider. Møtet mellom den opioidavhengige pasienten og sykepleier er sårbart. Begge har med seg sine tidligere erfaringer, både positive og negative. Pasienten kan føle på hjelpeløshet, smerter og skam, og disse følelsene kan komme frem på forskjellige måter (Christiansen, 2018, s. 161). Blant helsepersonell finnes det fortsatt stereotypiske holdninger, og disse holdningene vil påvirke deres handlinger (Krokmyrdal & Andenæs et al., 2015; Li et al., 2012). En holdningsendring er viktig for at opioidavhengige pasienter skal på nødvendig og god behandling (Li et al., 2012).

Stigma og dårlige holdninger kan føre til dårlig smertelindring av pasienter med en opioidavhengighet. For å ikke klassifisere pasienter eller sette dem i bås, anbefaler Joyce Travelbee å unngå merkelapper som kan bidra til generalisering av pasienter. Pasienter er unike menneskelige individer, og det er slik sykepleiere må møte dem (Travelbee, 1999, s. 62) I studien til Morley et al., (2015) beskriver deltakerne pasientene som vanskelige, og at de bidro til en vanskelig situasjon. Pasientene var manipulerende, aggressive, non-compliant, mistroisk, uhygienisk og generelt utfordrende. Deltakerne beskriver samtidig også felles karakteristika som er felles for pasienter med en opioidavhengighet, som en kompleks bakgrunn eller psykiske lidelser. På tross av de negative holdningene hevder Neville & Roan (2014) at mange sykepleiere ofte uttrykker sympati og bekymring for rusavhengige pasienter

og familiene deres. Det kan fremstå som at sykepleierne har sympati med pasientene frem til de begynner å oppføre seg aggressivt eller spør etter smertelindring. Da blir de vanskelige pasienter som lager en utfordrende vakt for sykepleierne. En konsekvens av dette kan være at sykepleiere overser pasientene. Flere sykepleiere i studien til Morgan (2014) beskrev at noen kollegaer overså smerten til pasientene når de mistenkte en opioidavhengighet, en annen beskrev denne type pasienter som mistenksomme. Deres holdninger kommer i veien for å gi pasientene den behandlingen de trenger. Disse holdningene strider mot de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019a). Sykepleieren skal bevare pasientens rett til å ikke bli krenket, samt ivareta pasientens integritet og verdighet. Dette er grunnleggende verdier innen sykepleie, i tillegg til pasientens selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Helsetjenester skal yte et likeverdig tilbud for alle, og bidra til et tilpasset tjenestetilbud etter pasientens individuelle behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Rettferdighetsprinsippet går også ut på at alle har rett på nødvendig helsehjelp uten å bli diskriminert på grunn av kjønn, alder, rase eller sosial status (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 96).

Dersom sykepleiere har dårlige erfaringer med opioidavhengige pasienter, vil dette påvirke møtet med pasienten, da pasienten kan fornemme dette. Våre erfaringer kan påvirke persepsjonen negativt dersom de bekrefter fordommene vi allerede har (Eide & Eide, 2017, s. 240). Bevisst bruk av non-verbal kommunikasjon kan virke tillitsvekkende og formidle en profesjonell holdning av interesse og vilje til å hjelpe (Eide og Eide, 2017, s. 137). I studien til Govertsen et al., (2019) beskrev sykepleierne at de hadde samme tilnærming til opioidavhengige som til andre pasienter med smerteproblematikk. De stigmatiserte ikke, men var grensesettende. Det å vise oppriktig interesse for pasienten og ta smertene deres på alvor, har de erfart er viktig for å oppnå gjensidig respekt. I studien til Horner et al., (2019) referer sykepleierne selv til stigma som en negativ innvirkning på helsehjelp til opioidavhengige pasienter. De beskriver at når pasientene blir innlagt med forsvaret oppe, og at de skaper problemer etter problemer, og kan bli oppfattet som motbydelige og irriterende. Pasientene kan oppfatte dette, og bli enda mer aggressive. Dette viser at sykepleierne kan stigmatisere pasientene før de har blitt kjent, og ikke er bevisst på hvordan kroppsspråket fremstår. De møter ikke pasientene med åpenhet og viser ikke interesse for akkurat denne pasienten. Dette skaper en dårlig syklus hvor sykepleieres holdninger gjør at pasientene ikke føler seg respektert og kan da oppføre seg problematisk. Dette vil gjøre det vanskelig å skape en allianse, hvor pasienten og sykepleier har et gjensidig tillitsforhold og pasienten kan få god

smertelindring. Slik jeg ser det så vil man som menneske alltid bli møtt med respekt, men får man ikke dette så mister man respekt tilbake.

En et annet aspekt av holdninger til opioidavhengige pasienter er sykepleieres oppfatning av pasienter som gjør det rette. Pasienten kan vente lenger med å si ifra om at den har vondt igjen, grunnet at de kan fornemme sykepleiers mistillit. En slik utholdenhet blir ofte oppmuntret, til og med rost, og pasienten kan oppleve at det forventes at pasienten skal lide, og ha en heroisk innstilling til det. Pasienter kan føle at de må glede sykepleierne, og være flinke pasienter. På denne måten blir de utsatt for unødige lidelser (Danielsen, et al., 2016, s. 406). Denne oppfatningen støttes av Morley et al., (2015, hvor det kommer frem at om en pasient med en opioidavhengighet søker hjelp eller er på metadonbehandling får de en bedre oppfatning av disse, siden de tilsynelatende gjør det rette. Det kan tenkes at dette kan føre til at de pasientene som ikke gjør det rette, i sykepleierens øyne, ikke vil få like god behandling som de som oppsøker hjelp. Det er en grunn til at pasientene er avhengige av opioider, og det er ikke opp til sykepleierne å bestemme hva som er riktig og galt for pasientene. Pasienters autonomi og medbestemmelse er viktig og lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Sykepleiere kan i noen tilfeller føle seg utrygge dersom de har opioidavhengige pasienter på avdelingen. Opioidavhengige pasienter kan ofte ha et forstyrret søvnmønster, og ha en atferd som andre reagerer på. Dette kan skape uro på avdelingen (Skoglund & Biong, 2018, s. 183) Det er høy prevalens av personlighetsforstyrrelser ved de fleste ruslidelser. Rusmiddelbruken og det rusmiddeldominerte livet kan også gi bilder som ligner på personlighetsforstyrrelser. Lav stabilitet, unnvikelse og dyssosialitet medfører ofte ønske om benzodiazepin (Mørland & Waal, 2016, s. 314). Det er viktig å skape en trygg, stabil og forutsigbar atmosfære for helsepersonell i avdelingen (Skoglund & Biong, 2018, s. 181). I studien til Horner et al., (2019) beskriver sykepleierne en avhengighet av sikkerhetsvakter i situasjoner hvor pasienter eller besøkende utøver aggressiv oppførsel. De tilkaller også sikkerhetsvaktene for å sjekke pasientenes bagger/kofferter når de blir innlagt eller når det er mistanke om at besøkende gir rusmidler til pasienten. Rusmidler som alkohol, benzodiazepiner, barbiturater og lignende legemidler samt opioider gir først og fremst psykosesymptomer i abstinensfasen etter jevnlig gjentatt bruk (Mørland & Waal, 2016, s. 314). Dersom pasienten er avhengige av slike

rusmidler, kan det også skapes uro ved fravær av disse. Dersom en pasient skulle bli abstinent, og gi psykosesymptomer, kan det tenkes at sykepleierne føler seg redde og dermed tilkaller sikkerhetsvaktene. Videre blir det diskutert at om sykepleiere føler seg truet eller manipulert av pasientene kan det føre til at sykepleierne tar på seg en autoritær i stedet for omsorgsgivende rolle. Dette vil bidra til å styrke syklusen av problemer, ved at det blir en fiendtlig interaksjon, og det blir vanskeligere å etablere et godt pasient-sykepleier forhold. For å bryte denne syklusen må det å ha et trygt og støttende sykehusmiljø være en prioritet (Horner et al., 2019).

Ut i fra dette kan man hevde at sykepleiers erfaringer tilsier at en holdningsendring er nødvendig for å kunne gi god smertelindring til denne pasientgruppen på sykehuset, da stigma og dårlige holdninger er erfart som en dårlig forutsetning i møtet med den opioidavhengige pasienten.

5.3 Allianse

For å bygge tillit mellom pasient og sykepleier er respekt og god kommunikasjon en forutsetning. Travelbee (1999, s. 195) skriver at gjennom all interaksjon med pasienten får sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten som menneske og ivareta dens behov. Om man lykkes i å skape en atmosfære preget av allianse, vil opioidavhengige pasienter ofte, som andre, kunne delta i samtaler om problemløsning og undersøkelser (Mørland & Waal, 2016, s. 320) I henhold til Li, et al., (2012) er et gjensidig tillitsforhold opparbeidet gjennom aktiv kommunikasjon er sentralt ved smertelindring av opioidavhengige pasienter. I studien til Govertsen et al., (2019) har de intervjuet spesialsykepleiere i smerteteam med spesialkompetanse. I denne studien fant de at da smerteteamet satte av tid, og møtte pasientene med respekt og tok smertene deres på alvor, erfarte sykepleierne at ble pasientene opplevde trygghet. Trygghet er en nøkkelfaktor i å oppnå god smertelindring for opioidavhengige pasienter. De beskrev at noen pasienter var velformulerte, var til dels manipulerende og kunne fortelle usannheter. Deres refleksjon rundt dette var at pasientene ikke er vant til å stole på noen fra det miljøet de kommer fra. Deres måte å bygge tillit på er å sette av tid til pasienten. Studien til Morley et al., (2015) peker på et paradoks i tillitsbyggingen. Sykepleierne vet at disse pasientene har behov for tid og oppmerksomhet for å oppnå en god allianse. Samtidig beskriver sykepleierne at de ikke ønsker å ha ansvar for disse på vekten sin fordi de krever for mye (Morley et al., 2015). Det kan tenkes at pasienter

med en opioidavhengighet ikke er attraktive for sykepleiere på sengepost å ha ansvar for da de vet at de krever mye, og at de da blir bekymret for å ikke ha tid til de andre pasientene. Helsepersonells tillit til pasienten samsvarer med §3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hvor det står at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten. Å forsikre pasientene om at de vil få adekvat smertelindring og behandling av abstinenssymptomer vil øke sjansen for å bygge et gjensidig tillitsforhold (Li, et al., 2012). Etablering av tillit går begge veier, og dersom pasient og sykepleier ikke stoler på hverandre blir det vanskelig å bygge en allianse som er utgangspunktet for god smertelindring. Viktigheten av kommunikasjon og åpenhet kommer frem som bidragende faktorer for tillit mellom sykepleier og pasient, og ut i fra forskningen kan det forstås at initiativet til å etablere et godt tillitsforhold først bør tas av sykepleier (Li, et al., 2012; Travelbee, 1999, s. 135).

Dårlige holdninger bidrar til at helsepersonell trekker pasientenes troverdighet i tvil, og sykepleiere føler seg manipulert av opioidavhengige pasienter. I samtale med pasientene er sykepleiers holdning av stor betydning på hvordan pasienten responderer på tilnærmingen (Christiansen, 2018, s. 162) Behovet for smertelindring til opioidavhengige har mange misoppfatninger. for eksempel at pasientene manipulerer for å oppnå rus (Skoglund & Biong, 2018, s.183). På bakgrunn av miljøet pasientene lever i, kan det oppstå situasjoner som sykepleiere oppfatter som manipulering (Skoglund og Biong, 2018, s. 183). Som helsepersonell er det vårt ansvar å sørge for at disse strategiene ikke utfolder seg, sånn at sykehusoppholdet blir rolig. Forskning viser at sykepleiere erfarer å bli manipulert av rusavhengige pasienter, og har lite tillit til pasientgruppen (Neville & Roan, 2014; Li et al., 2012). Samtidig er det ekstra krevende for sykepleiere å etablere et tillitsforhold til rusavhengige pasienter, siden mange fra før er skeptiske til helsepersonell og helsevesenet (Govertsen et al., 2019). I studien til Morley et al., (2015) forklarer deltakerne at pasienter ofte forespør mer smertestillende, eller spesifikke medisiner og doser. Deltakerne tolket denne oppførselen som russøkende og ble mistenksomme til pasientene. Dette støttes av studien til Li, et al., (2012) hvor det kommer frem at mange pasienter er redde for at deres formidling av smerte skal oppfattes som russøkende atferd. Li et al., (2012) understreker at pasientenes troverdighet blir undergravd når helsepersonell betviler deres formidling om smerte. En konsekvens av dette er et dårligere helsetilbud. Helsedirektoratet (2014) peker på at opioidavhengige pasienter kan møte fordommer fra samfunnet, og virke negativt inn på sosiale forhold. Eksempelvis at pasienten ikke mottar helsetjenester på lik linje med andre, samt at brukermedvirkning uteblir som følger av dårlige relasjoner til helsepersonell.

Ut i fra dette kan man hevde at sykepleiers erfaringer tilsier at en allianse med gjensidig tillit mellom sykepleier og den opioidavhengige pasienten er en nøkkelfaktor for å kunne gi god smertelindring.

5.4 Sykehuset

Å sette seg inn i pasientens situasjon og deres liv er et viktig aspekt i møtet med pasienten. Travelbee skriver om viktigheten av å se det individuelle mennesket, at sykepleiere bør gå inn for å bli bevisst på hvordan hun dømmer pasienten, og på hvilken innvirkning dette har på møtene med pasienten (Travelbee, 1999, s. 187). Dersom man ikke setter seg inn i opioidavhengiges subjektive verden, og ikke har forstått de og deres eksistensielle situasjon, vil deres misbruk fortone seg som komplett uforståelig (Fekjær, 2016, s. 92). Sykepleier må vise en empatisk og respektfull holdning, ha en lyttende tilnærming hvor pasienten ikke opplever å bli krenket (Skoglund & Biong, 2018, s. 179). Govertsen et al. (2019) understreker hvor viktig det er å se pasientens perspektiv, og ha en åpen kommunikasjon om vanskelige temaer. Sykepleierne i denne studien erfarte at pasientenes angst, depresjon, søvnunderskudd og tankekjør skapte utfordringer i smertelindringen. Dette understreker hvor viktig tid og oppmerksomhet er for denne pasientgruppen. Dersom pasient fornemmer at sykepleier har en dårlig holdning til pasienten, kan det ha motsatt effekt. Sykepleier må sette sine eventuelt forutinntatte holdninger til side. Det er mange faktorer som kan spille inn på sykepleiers motivasjon til å sette seg ned og gi den opioidavhengige pasienten nok oppmerksomhet, blant annet tid.

Smerter er en subjektiv opplevelse, og ved bruk av kartleggingsverktøy kan man sikre individuell og adekvat smertelindring. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan vurderingen av smerter hos pasienter bli systematisk utført, og smertene vil kunne sammenliknes fra gang til gang (Almås, et al., 2017, s. 363). I studien til Li, et al., (2012) kommer det frem at et fåtall av sykepleierne benyttet smertekartleggingsverktøy ofte. Årsaken til sjelden bruk av smertekartleggingsverktøy kan være manglende rutiner, men også stigmatiserende, moralistiske og negative holdninger som helsepersonell kan ha til pasientgruppen (Li, et al., 2012). I følge Li, et al., (2012) vurderer bruk av kartleggingsverktøy som en essensiell betydning for at opioidavhengige pasienter skal få adekvat smertelindring når de er innlagt i

sykehus, og de hevder videre at nøyaktig kartlegging av pasientens smerte kan redusere sjansen for å bli manipulert. I studien til Govertsen et al. (2019) understreker sykepleierne viktigheten av å gjøre en rusanalyse og bruke smertekartlegging. På grunnlag av dette kan de utarbeide individuell smertebehandling, som bli evaluert gjennom hele pasientforløpet. Pasientene oppnådde smertelindring når sykepleierne i smerteteamet brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner og doseringer av ulike medikamenter (Govertsen et al., 2019). Deltakerne i studien til Horner et al. (2019) støtter viktigheten av å gjøre en smertekartlegging. De mente at kommunikasjon angående smertenivå og forventinger burde bli adressert så raskt pasienten blir innlagt. Denne gruppen ønsket denne kartleggingen for å unngå avvik i pasientens ordinasjon på medikamenter, og for å unngå falske forhåpninger hos pasienten. De ønsket kartlegging for at pasienten ikke skulle utnytte sykepleierne, og lure dem ved å fortelle at den har fått mer smertestillende av en annen sykepleier. I følge Blay et al., (2012) erfarer ofte rusavhengige at effekten av forordnede medikamenter uteblir. Å ha et fast smerteregime for denne typen pasienter kan være negativt, da det ikke gir rom for pasientmedvirkning, som er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Derfor må man gjennomføre individuell kartlegging smertebehandling og lytte til pasienten. På denne måten kan sykepleiere oppleve en god allianse med pasienten, og at pasienten blir godt smertelindret.

Sykepleier må identifisere om pasienten er abstinent eller har smerter. Hos pasienter som er psykisk avhengig av smertestillende eller narkotiske stoffer, må både basalbehovet og det akutte tilleggsbehovet dekkes tilstrekkelig. Det er også utfordrende å unngå at pasienten får abstinens som følge av misbruket sitt (Danielsen et al., s. 2016, s. 405). På grunn av den psykiske og fysiske påkjenningen abstinens har på pasienten, er det en viktig sykepleieoppgave å sørge for at pasienten ikke blir abstinent, sånn at de kan få god behandling for det de er innlagt for (Skoglund & Biong, 2018, s. 182). Rus- og abstinenssymptomer kan skjule symptomer på alvorlig somatisk sykdom. For å oppdage disse må helsepersonell være svært nøye i diagnostiseringen (Skoglund & Biong, 2018, s. 183). I studien til Neville & Roan (2014) ble det beskrevet at sykepleiere erfarer det som vanskelig å gjøre profesjonelle vurderinger av pasientenes smerte som følge av mistilliten. Dette kan ha sammenheng med pasientenes oppførsel om de ikke får smertelindringen de trenger. Konsekvenser av å holde tilbake opioider til opioidavhengige pasienter med smerter kan føre til at pasientene blir aggressive og vanskelige (Li et al., 2012). Denne aggressiviteten kan også være et symptom på abstinens (Skoglund & Biong, 2018, s. 182). Grunnet mistilliten

sykepleierne føler til pasientene, kan det antas at de unngår å kartlegge pasientens abstinens. Dette kan også være kunnskapsmangel, at de ikke kjenner til symptomene på abstinens, samt en dårlig allianse.. På grunn av belastningen pasienten føler når den er abstinent, kan det føre til at den ikke orker å være i sykehusavdelingen og avslutter behandling (Skoglund & Biong, s. 182, 2018). Denne manglende overholdelsen av behandlingsplanen kan være som et resultat av at pasienten er abstinent, og sykepleierne ikke identifiserer dette tilstrekkelig.

Samarbeid med annet helsepersonell er viktig for å sikre god behandling for opioidavhengige pasienter. Det er lovfestet i Helsepersonelloven (1999, §4) at helsepersonell skal samarbeide med annet kvalifisert personell om pasientens behov tilsier det. I studien til Morley et al. (2015) beskriver sykepleierne at de opplever at legene fokuserer mer på å fikse pasientens avhengighetsproblemer i stedet for å behandle smertene deres. Dette gjorde at sykepleierne følte seg maktesløse til å behandle pasientenes smerter fordi de ikke har autorisasjon til å gi legemidler utenfor ordinasjonen. Når legene er for fokusert på å fikse pasientens avhengighet, vil pasientene ikke bli adekvat smertelindret. Pasientene er ikke innlagt for å bli kvitt sin avhengighet, så her jobber legen mot pasientens ønsker og Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §1-1), som understreker at tjenestetilbudet skal være tilpasset pasientenes behov. Kartlegging av om pasienten får LAR-behandling, og samarbeid med legen som ordinerer dette er viktig for å sikre adekvat smertelindring hos pasienten (Govertsen et al., 2019).

Det er mangel på organisering fra ledelsen, som medfører at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kompetanse i møtet med opioidavhengige pasienter. Leder har ansvar for å legge til rette for kursing og tilstrekkelig personell med nødvendige kvalifikasjoner. Leder skal også legge til rette for å etablere rutiner og systemer for smertekartlegging. Ledelsen har ansvar for at virksomheten arbeider systematisk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringer etter spesialisthelsetjenesteloven §3-4a (1999). Ansvarer innebærer også å tilrettelegge systemer for å sikre prioritering av pasientene i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (1999), pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b (1999). Virksomheten også må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter etter spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (1999) og helsepersonelloven §4 (1999). En studie oppdaget at sykepleierne så på kollegaene sine og deres erfaring som de viktigste kildene til sin kunnskap. Dette kan føre til at arbeidsstedets kvalitet avgjør kompetansenivået til sykepleierne (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Horner et al. (2019) viser

til at sykepleierne ønsker mer kompetanse om pasientgruppen. Som sykepleier skal man arbeide ut i fra kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som man kan forvente ut i fra sykepleierens egenskaper, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlige (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Det vil si at det kan forventes at sykepleierne har kunnskap om smertelindring til opioidavhengige. Det kan tenkes at i mange tilfeller blir ikke disse kravene tilfredsstilt. Ledelsen har ikke tilrettelagt for gode rutiner og nok kompetanse. Samtidig tilfredsstiller ikke sykepleierne kravene om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp da de ikke har nok kompetanse om pasientgruppen, og har antakelser som at opioidavhengige pasienter overdriver smerten de opplever, og at de er uærlige angående effekten av smertestillende medikamenter (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li, et al., 2012). Grunner til dette kan være at de ikke har en stor andel av denne pasientgruppen innlagt og at de ikke ser denne kompetansen nødvendig, samt dårlige holdninger til pasientgruppen. Govertsen et al. (2019) setter også spørsmål ved om denne gruppen får faglig forsvarlig helsehjelp uten spesialkompetanse. I studien til Morley, Briggs & Chumbley (2015) beskriver sykepleiere at det er vanskelig å gjennomføre et holistisk, personsentrert helsetilbud når man har begrenset tid og sykehusledelsen har mål om å skrive ut pasienter etter en viss tid. Dette vil føre til en økt belastning på sykepleierne da stresset øker av økt arbeidsbelastning. Dersom det i tillegg er begrenset med personale på vakt, vil det føre til mer stress. Det er nærliggende å tenke at noe da nedprioriteres, og da blir det kanskje de opioidavhengige pasientene som er tilsynelatende vanskelige og som skaper problemer.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare problemstillingen *“hvilke erfaringer har sykepleier med smertelindring til opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus?”*

Forskning viser at sykepleiere på sengepost har ulik erfaring, kompetanse og tid til å ta seg av den opioidavhengige pasienten. Sykepleiere erfarer at kunnskap og erfaring er en forutsetning for å gi god smertelindring til den opioidavhengige pasienter. Disse kunnskapene blir ofte ikke tatt i bruk i møtet med pasientene, og det er et gap mellom kunnskapen sykepleiere har og bruk denne kunnskapen i praksis. Sykepleiere erfarer å ha dårlige holdninger overfor denne pasientgruppen, og oppfatter de ofte som aggressive, manipulerende og uhygieniske. Sykepleiere med mindre erfaring har en frykt for å overmedisinere opioidavhengige pasienter, mens erfarne sykepleiere har sett hva som fungerer, kan se sammenhenger, og få til god smertelindring til pasientene. Tid og tillit er viktig for å bygge allianse mellom pasient og sykepleier, som er grunnlaget for å få til god smertelindring til denne pasientgruppen. Smerteteam har tid og kompetanse til å utøve god omsorg til denne pasientgruppen, og oppnår god smertelindring med et godt pasient-sykepleier-samarbeid ved å lytte til pasienten. Kravene om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, brukermedvirkning og rett til helsehjelp på lik linje med andre blir ikke alltid tilfredsstilt. Dette er et ansvar både ledelse og sykepleier har.

7.0 Referanseliste

- Almås, H., Berntzen, H., og Danielsen, A. (2017). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 355-398). Gyldendal Akademisk.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., Lamont, F. (2012) Substance users' perspective of main management in the acute care environment. *Contemporary Nurse*, 42(2), 289-297. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. . I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 159-175). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Govertsen, A. B., Aanesen, C., Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning 2019*, 14(75746) (e-75746).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2003). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Helsedirektoratet.
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioid](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-ved-opioidavhengighet/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20(LAR)%20ved%20opioid)

[davhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/attachment/inline/62e9bd41-0e5c-4fee-84dc-fd0deebe3c93:357f2ad4147fd531e79b8030b24d8a126f4c4826/Legemiddelassistert%20rehabilitering%20\(LAR\)%20ved%20opioidavhengighet%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](#)

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.*

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holmen, H. (2021, 21. mars 2021). *Erfaring*. Store norske leksikon. <https://snl.no/erfaring>

Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Culliane, J., Skeer, M., Wurcel, A. G. (2019). “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS ONE*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

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., Undall, E., Andenæs, R., Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning 2012*, 7(3), 252-260.

<http://doi.org/ht10.4220/sykepleienf.2012.0131>

- Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain management nursing*, 15(1), 165-175.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley G., Briggs, E., Gillian, C. (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.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Kliniske sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie 1*. (5. utg, s. 17-37). Gyldendal Akademisk.
- NSF (2019a). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSF (2019b). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20bruker>
- Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=1>
- Richards, J., Hubbert, A. O. (2007). Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with

- Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.003>
- Rossow, I. (2010). Challenges in an affluent society. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Norway 1990-2010. *Sage Journals*, 27(5), 449-463.
<https://doi.org/10.1177/145507251002700509>
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 178-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Slørdal, L. (2018a). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, O. Spigset (Red.). *37 grader – Legemidler og bruken av dem*. (3. utg., s. 325-337). Gyldendal Norsk Forlag.
- Slørdal, L. (2018b). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng, O. Spigset (Red.). *37 grader - Legemidler og bruken av dem*. (3. utg., s. 359-367). Gyldendal Norsk Forlag.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Svartdal, F. (2021, 21. mars). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

