



## **Smertelindring av opioidavhengige pasienter**

*Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter?*

Kandidatnummer: 107

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 9530

Dato: 08.03.19



## Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 107
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: BSBACH
Innleveringsfrist: 08.03.19 – kl. 13.00
Antall ord: 9530

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer:                     107                    

#### Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

## SAMMENDRAG

**Problemstilling:** Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter?

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudium, noe som vil si at man anvender en systematisk gjennomgang av aktuell forskningslitteratur og teori, og deretter drøfter problemstillingen i lys av funnene i den aktuelle forskningen og teorien.

**Teori:** I teoridelen i oppgaven presenteres aktuell litteratur på fagområdet. Dette inkluderer emner som rusavhengighet, smerter og smertebehandling av opioidavhengige pasienter, rettighets- og lovverk som angår praksisen på området, og Joyce Travelbee sin sykepleierteori; menneske-til-menneske-forhold.

**Drøfting:** Hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter blir drøftet i lys av aktuelle forskningsfunn og relevant teori.

**Konklusjon:** De viktigste forutsetningene for å styrke sykepleiers vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter er tredelt. Kompetansen være høy, og i tråd med aktuell forskning. Sykepleier må evne å danne en tillitsfull relasjon i behandlingen. Og sykepleier må kjenne aktuelt rettighets- og lovverk på området, for å sikre en faglig og etisk forsvarlig praksis.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this thesis is to explore which preconditions that have to present to strengthen nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction.

**Method:** The discussion and conclusions in this thesis is based on a systematic survey of relevant and updated search literature and theories on the topic highlighted in *objective*.

**Theory:** Relevant and updated search literature on the topic is presented. The literature searches topics such as *drug addiction, pain and pain management in the treatment of patients with opioid addiction, theories concerning the quality of the relation between nurse and patient*, and finally *laws and regulation meant to regulate nurses' work*, so that they hold a high ethical standard

**Discussion:** The challenges experienced by nurses in their work with pain management in patients with opioid addiction is discussed, with the help of search findings and literature on this topic. Research findings that can strengthen nurses competence in this area are highlighted, as well as findings and thoughts from literature that can strengthen nurses in their work in pain management in this patient population.

**Conclusion:** Based on the research of scientific findings, literature and relevant laws and regulation, I conclude that three important preconditions have to be present, to make nurse's competent when it comes to pain management in patients with opioid addiction. First of all, nurses must be updated on leading research on the topic, and be guided by the findings in this research. Second, nurses must know leading theories in the area, that concerns how to build trustful relations between nurses and patients in this population. And third, nurses must know the content of laws and regulations in this area of treatment, to secure that they live up to the ethical standards that are expected.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0.</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	6
1.1.	INTRODUKSJON OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2.	PROBLEMSTILLING.....	6
1.3.	HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS .....	7
1.4.	AVGRENSNING.....	7
1.5.	BEGREPSAVKLARING .....	8
1.6.	OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING.....	8
<b>2.0.</b>	<b>METODE</b> .....	10
2.1.	BESKRIVELSE AV METODE.....	10
2.2.	SØKESTRATEGI.....	10
2.3.	KILDEKRITIKK .....	13
<b>3.0.</b>	<b>TEORI</b> .....	15
3.1.	JOYCE TRAVELBEE – MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD.....	15
3.2.	AKTUELT LOVVERK OG ETIKK.....	17
3.2.1.	<i>Rusreformen</i> .....	17
3.2.2.	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i> .....	18
3.2.3.	<i>Helsepersonelloven</i> .....	18
3.2.4.	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i> .....	18
3.2.5.	<i>De fire prinsippers etikk</i> .....	19
3.3.	RUSMIDDELAVHENGIGHET .....	19
3.3.1.	<i>Opioider</i> .....	20
3.4.	SMERTER .....	20
3.4.1.	<i>Hyperalgesi – økt smerteopplevelse</i> .....	21
3.4.2.	<i>Kartlegging av smerter</i> .....	22
3.4.3.	<i>Smertelindring</i> .....	22
3.5.	PRESENTASJON AV UTVALGT FORSKNING.....	23
<b>4.0.</b>	<b>DRØFTING</b> .....	28
4.1.	KUNNSKAP .....	28
4.2.	HOLDNINGER .....	31
<b>5.0.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	34
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	36

## **1.0. INNLEDNING**

I første kapittel; *innledning*, blir temaet for oppgaven presentert i avsnittet *introduksjon og bakgrunn for valg av tema*. Deretter formuleres problemstillingen, samt oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Videre presenteres oppgavens avgrensning, før sentrale begreper avklares.

### **1.1. INTRODUKSJON OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA**

Å administrere smertebehandling til kjente opioidmisbrukere er en klinisk utfordrende oppgave, fordi man er lite kjent med denne pasientgruppens smerteopplevelse, samt deres behov for smertelindring (Compton, Charuvastra, Kintaudi & Ling, 2000). Noe av det som gjør det til en krevende oppgave for helsepersonell å administrere smertebehandling til denne pasientgruppen er at opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, noe som fører til forsterket smerteopplevelse og gjør adekvat smertelindring komplisert (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012).

Mellom 10-20% av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet, og dette er dermed en gruppe mennesker man møter ofte i helsevesenet (Ververda, Hansen & Larsen, 2018; Lossius, 2012). Pasientgruppen har en høyere forekomst av smerter, og er generelt ubehandlet eller underbehandlet. Dette kan forårsake unødvendig lidelse, manglende evne til selvomsorg, og redusert livskvalitet. Som helsepersonell kan man dermed forverre den eksisterende avhengigheten gjennom stresset som dannes av dårlig behandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Selv har jeg både i jobb og praksis møtt et betydelig antall opioidavhengige pasienter med akutte, fysiske smerter. I min kirurgiske praksis på akuttmottak var det flere hendelser der jeg kom opp i situasjoner hvor opioidavhengige pasienter ble undervurdert og lite lyttet til. Så, hvordan kan sykepleiere være med på å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige ved innleggelse på sykehus?

### **1.2. PROBLEMSTILLING**

Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter?

### **1.3. HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS**

Narkotikamisbruk gir store sosiale og helserelevante problemer for folk og samfunn i mange land. Opioidavhengighet representerer en stor byrde for samfunnet, blant annet fordi det gir omfattende skadelige helseeffekter, som også kan kreve sykehusinnleggelse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Forskning har identifisert en økning i bruk av narkotika og opioider det siste tiåret. Konsekvenser av dette er fler innleggelser av opioidavhengige pasienter, der smerter er en av de vanligste årsakene til innleggelse (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012). Hensikten med denne oppgaven er å belyse og avdekke utfordringene rundt sykepleiernes møte med en opioidavhengig pasient med akutte smerter, og hvordan en kan møte slike situasjoner for å ivareta pasienten på best mulig måte. Som autorisert sykepleier vil en møte denne pasientgruppen i flere deler av helsesektoren, så kunnskapen rundt temaet bør bli belyst.

Sykepleiere har en sentral rolle i smertebehandlingen av pasienter, og et stort ansvar for å lindre pasientens smerter. Ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov for god behandling inkluderer datasamling, kliniske observasjoner, kartlegging og vurdering av pasientens smerter, administrering av smertelindrende medikamenter, og evaluering av medikamentenes effekter (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016).

Videre utvikling av kunnskap, kompetanse og kvalitet innenfor rusomsorgen for sykepleiere og annet helsepersonell ble poengtert i rusmeldingen til regjeringen fra 2012, blant annet fordi personer med rusmiddelproblemer skal føle seg like godt ivaretatt som andre pasientgrupper i samfunnet vårt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ved at sykepleiere fordyper i eksisterende forskning og kunnskap på dette fagområdet, kan det føre til at sykepleiere kan fungere som talspersoner for denne pasientgruppens behov, samt bidra til tilfredsstillende smertelindring når de er i kontakt med helsevesenet.

### **1.4. AVGRENSNING**

Fokuset i oppgaven vil være å belyse utfordringer rundt smertelindring til opioidavhengige pasienter, og hvordan en kan forbedre denne behandlingen ved hjelp av kunnskaper og endringer av holdning. Dette vil jeg fokusere på i lys av det jeg fremhever i teoridelen; smerter, rusavhengighet, opioider, etikk og lovverk, og annen relevant litteratur som kan knyttes opp til problemstillingen, som inkluderer forskningen som refereres.

Jeg velger å fokusere på medikamentell smertebehandling. Smerter kan behandles alternativt i form av blant annet akupunktur, men den medikamentellbehandlingen er den vanligste formen for smertelindring ved innleggelse på sykehus. Samtidig kan man se på denne behandlingen som den mest utfordrende hos opioidavhengige. Selv har jeg kun erfaringer fra medikamentell behandling av denne pasientgruppen i jobb og praksis.

Jeg velger å *ikke* skrive om pårørende, men heller å fokusere på forholdet mellom pasient og helsepersonell – stort sett sykepleiere – da dette er hovedfokuset i oppgaven. Jeg kommer samtidig ikke til å inkludere andre yrker som fysio-, og ergoterapeut, selv om både tverrfaglig samarbeid og kontakten med pårørende er viktige elementer i den helhetlige behandlingen.

Aldersgruppen på pasientene som inngår i oppgaven er fra 18 til 60 år. Mennesker med rusavhengighet har også ofte psykiske lidelser, noe som blir kalt ROP-lidelser. Det kan dermed argumenteres for at dette kunne vært inkludert i denne oppgaven – fordi tilhørende psykiske lidelser kan vanskeliggjøre smertebehandlingen - men på grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke inkludere dette.

## 1.5. BEGREPSAVKLARING

- Opioidavhengige: «Rusavhengige som har utviklet et avhengighetsforhold til opioider» (Li et al., 2012, s. 253).
- Opioider: «Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin» (Slørdal & Rygnestad, 2016, s. 346)
- Smerte: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Danielsen et al., 2016, s. 383)

## 1.6. OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING

I neste kapittel; *metode*, gjør jeg først rede for begrepet *metode*, og presenterer søkestrategien jeg har brukt for å finne frem til forskningen som er benyttet i oppgaven. Samtidig blir de aktuelle kildene vurdert med tanke på relevans og troverdighet.

I oppgavens tredje kapittel blir teorien presentert. Først beskrives sykepleierteorien til Joyce Travelbee. Deretter presenteres temaene *lovverk og etikk*, *rusmiddelavhengighet*, og *opioider og smerter*. Til slutt blir den utvalgte forskningen presentert, der jeg tar for meg hensikt, metode og hovedfunn.



I kapittel fire; *drøfting*, blir problemstillingen drøftet opp mot aktuell litteratur som er blitt presentert i teoridelen. Samtidig drøfter jeg rundt mine egne erfaringer fra jobb og praksis. Drøftingen vil dermed danne et grunnlag for min konklusjon som avslutter selve litteraturstudiet.

## 2.0. METODE

I dette kapittelet vil metoden for oppgaven beskrives. Videre vil jeg gjøre rede for litteratursøket, der jeg tar for meg søkeord, og de ulike databasene som forskningsartiklene er hentet fra. Deretter vurderes artiklene og litteraturen i forhold til relevans og troverdighet i avsnittet *kildekritikk*.

### 2.1. BESKRIVELSE AV METODE

Metode er et redskap, en systematisk tilnæringsmåte, som forteller oss noe om hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap om et tema, eller fagområde. Med andre ord er metode den fremgangsmåten vi velger for å samle inn informasjon om det temaet vi ønsker å belyse og vite mer om. Det er et redskap som skal hjelpe til med innsamling av data, altså informasjonen man trenger til undersøkelsen. Årsaken til at man velger en bestemt metode er at man mener den vil gi god data og relevant informasjon for å belyse en valgt problemstilling på en best mulig faglig måte (Dalland, 2015).

Denne oppgaven er et litteraturstudium. Det vil si at man anvender en systematisk gjennomgang av aktuell litteratur, og dermed belyser tema og problemstilling ut i fra allerede eksisterende litteratur og forskning. I denne oppgaven bruker jeg litteratur som baserer seg på både *kvantitativ* og *kvalitativ metode*. Dalland (2015) beskriver en *kvantitativ metode* som en metode for å anskaffe data i form av målbare enheter. Dette kan for eksempel gjennomføres ved å bruke spørreskjemaer med faste svaralternativer, eller ved systematiske og strukturerte observasjoner. I denne metoden tilstreber forskerne nøytralitet og avstand i studiet, ved bruk av et *jeg-det forhold* mellom undersøkelsesperson og forsker. Den *kvalitative metoden* har derimot som mål å fange opp meninger og opplevelser som ikke er mulig å tallfeste eller måle. Dette kan for eksempel fanges opp gjennom dybdeintervjuer, der *jeg-du forholdet* er sentralt. Kvantitativ og kvalitativ metode kan hver på sin måte bidra til en utvidet forståelse av det fenomenet vi ønsker, for eksempel hvordan opioidavhengige pasienter opplever smerte, og hvordan den best kan lindres (Dalland, 2015).

### 2.2. SØKESTRATEGI

I den innledende fasen av litteratursøket søkte jeg opp eldre bachelor- og master oppgaver. Dette for å få en oversikt over tidligere brukt forskning, samt hvilke søkeord som kunne føre til gode treff rundt problemstillingen. Jeg startet dermed systematisk litteratursøk i databaser;

SweMed+, PubMed og British Nursing Index. Ved søk i SweMed+ brukte jeg søkeordene «smertebehandling» og «rusmisbrukere» med bindeordet AND. Dette ga kun ett treff: *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus*, av Li, Undall, Andenæs og Nåden fra 2012. Denne forskningsartikkelen har som formål å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til smertepreget opioidavhengige innlagt på norske sykehus ved hjelp av spørreskjemaer.

Videre litteratursøk på PubMed og British Nursing Index ga et bredere og mer omfattende resultat. På databasen PubMed ble søkeordene «substance abuse», «nursing care» og «pain management» - kombinert med AND - brukt. Dette ga 175 treff. Jeg valgte deretter å begrense søket på artiklene til publikasjoner utgitt de siste fem årene, noe som resulterte i 82 treff. Etter å ha gått gjennom titler og abstrakter endte jeg opp med å bruke én: *Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence*, skrevet av Neville og Roan, utgitt i 2014. Dette er et amerikansk studie med en kvalitativ tilnærming, der de undersøkte sykepleierens erfaringer med å gi pleie og omsorg til en rusavhengig pasient innlagt i medisinsk/kirurgisk enhet på sykehus, ved dybdeintervju.

Jeg søkte deretter i databasen British Nursing Index, der jeg brukte søkeordene «pain management» og «drug abuse», med bindeordet AND, som ga 3163 treff. Søket ble begrenset ned til 1304 treff da jeg avgrenset til forskning og publikasjoner utgitt de siste 10 årene. Siden søket var såpass lite konkret, var det mange artikler jeg kunne forkaste kun ved å se på titler. Jeg identifiserte kun 11 artikler der titlene kunne forbindes med min problemstilling. Etter å ha lest abstrakter på disse endte jeg opp med tre artikler for bruk i denne oppgaven. Den første jeg valgte heter *Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study*, skrevet av Krokmyrdal og Andenæs. Det er et pilotstudie fra Norge utgitt i 2015. Artikkelen har en kvantitativ tilnærming der de undersøker sykepleiers kunnskaper rundt smerter og kompetansen rundt smertelindring til opioidavhengige pasienter ved hjelp av spørreskjemaer.

Den andre artikkelen som var relevant fra søket på British Nursing Index er *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment*. Dette er et studie med en blandet tilnæringsmåte fra 2012, skrevet av Blay, Glover, Bothe, Lee og Lamont. Her kartla forskerne stoffbrukerens egen opplevelse og perspektiv i forbindelse med akutt smertebehandling ved akuttinnleggelse på sykehus. *Acute pain management for inpatients*

*with opioid use disorder*, skrevet av Paschkis og Potter (2015), er den siste relevante oppgaven fra søket. Dette er et litteraturstudium som tar for seg ulike temaer innenfor akutt smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet.

Alle forskningsartiklene som er brukt i dette litteraturstudiet er blitt godkjent av Helsinkideklarasjonen. Dette er en forskningsetisk komite som har ansvar for å kontrollere forskning – at prosjektene holder vitenskapelig god nok kvalitet – og å sørge for at forsøkspersonene er godt ivarettatt av det *frie informerte samtykket* (Førde, 2014).

Søkedato	Database	Søkeord	Treff	Leste abstrakter	Artikler som skal brukes
24.01.19	Swemed+	«Smertebehandling» and «rusmisbrukere»	1	1	<b>Artikkel 1:</b> Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus.
10.02.19	PubMed	“Substance abuse” AND “nursing care” AND “pain management”  Limit publication date 5 years.	82	5	<b>Artikkel 5:</b> Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence
14.02.19	British Nursing Index	“pain management” AND “drug abuse”	1304	11	<b>Artikkel 2:</b> Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015).

		<p>Article type: Peer reviewed</p> <p>Limit publication date 10 years.</p>			<p>Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.</p> <p><i>Artikkel 4:</i> Paschkis, Z. &amp; Potter, M. L. (2015). Acute pain management for inpatients with opioid use disorder.</p> <p><i>Artikkel 3:</i> Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. &amp; Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment.</p>
--	--	--	--	--	--

### 2.3. KILDEKRITIKK

Ifølge Dalland (2015) er kildekritikk en metode man bruker for å karakterisere, vurdere og verifisere opplysninger rundt kildene som benyttes, for å fastslå både styrker og svakheter. I henhold til dette vil jeg foreta en kritisk vurdering av primærkildene i denne oppgaven. Litteraturen som oppgaven er bygd på er i hovedsak hentet fra pensumlitteratur og fagfelleverdert forskning. Fagbøker og forskning er valgt ut fra relevans i henhold til problemstillingen.

Forskningsartikkelen *Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study* er et kvantitativt studie utført her i Norge. Som

poengtert i artikkelen har studiet noen begrensninger. Blant annet er spørreskjemaet som ble brukt i dette studiet ikke validert eller testet, grunnet at det er et pilotstudie. Selve utvalget av sykepleiere var også minimalt, med geografisk begrensning. Man kan dermed ikke være sikker på at funnene fra studiet er representative for sykepleiere på somatisk sykehus i Norge generelt.

Den andre norske forskningsartikkelen som er brukt i denne oppgaven - *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* - er også et kvantitativt studie. Her kartlegger Li et al. blant annet holdninger hos helsepersonell i behandling av opioidavhengige pasienter. Siden studiet har en kvantitativ tilnæringsmåte kan det også her stilles spørsmål ved validiteten, fordi det å kartlegge holdninger være vanskelig med denne tilnæringsmetoden, da kvantitativ metode egner seg best til å undersøke fenomener som lar seg tallfeste og måle (Dalland, 2015, s. 112).

I forskningsartikkelene *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment* og *Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence* kartlegger de også holdninger, men her med en kvalitativ tilnæringsmåte, nærmere bestemt ved bruk av dybdeintervju. Dette er regnet som en bedre metode for å kartlegge holdninger, da det antas at man bedre får frem viktige nyanser i svarene hos informantene, og at det fører til en bedre helhet og dybde i informasjonen som kommer frem. En kvalitativ tilnæringsmåte er å foretrekke når det gjelder å fange opp meninger og opplevelser som *ikke* kan tallfestes eller måle (Dalland, 2015). I de to nevnte artiklene ovenfor kan man imidlertid se på undersøkelsesomfanget som noe svakt, da de begge har et minimalt antall informanter. Styrken ved disse to kvalitative forskningsartikler er at de går i dybden hos de enkelte informantene.

Tematikken som blir tatt opp i min problemstilling er lite forsket på i Norge. Jeg har dermed brukt kun to norske forskningsartikler. De resterende tre artiklene refererer forskning fra Australia og USA. Fordi disse tre studiene er fra andre land, hvor helsevesenet fungerer noe annerledes, kan forskjeller i kultur og lovverk påvirke studienes relevans her i Norge. Dersom studiene hadde blitt utført her i Norge kunne resultatene dermed blitt annerledes. Til tross for disse mulige innvendingene vurderer jeg studiene som artiklene refererer til som relevante for å belyse min problemstilling, fordi smertebehandling av opioidavhengige pasienter har mange fellestrekk og felles utfordringer i ulike land. Den utenlandske forskningen det refereres til i oppgaven er dessuten relativt ny, alle fra de siste syv årene.

### 3.0. TEORI

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant litteratur og forskning knyttet til min problemstilling. Først beskrives sykepleieteorien til Joyce Travelbee, og deretter vil temaene *lovverk og etikk, rusmiddelavhengighet, opioider, og smerter* presenteres. Til slutt vil de *fem* utvalgte forskningsartiklene bli presentert, der jeg tar for meg hensikt, metode og hovedfunn.

#### 3.1. JOYCE TRAVELBEE – menneske-til-menneske-forhold

Boken *Interpersonal Aspects in Nursing* skrevet av Joyce Travelbee ble første gang utgitt i 1966. Her presenterer Travelbee sin teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleien, der hun er opptatt av menneske som et unikt individ (Travelbee, 2001). Travelbee definerer sykepleiens mål og hensikt som «å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne meningen i disse erfaringene» (2001, s. 41). For å kunne oppnå dette er det ifølge Travelbee nødvendig å ha et *menneske-til-menneske-forhold* som fundament i sin praksis. Dette handler om å etablere et forhold mellom pasient og behandler som bygger på at opplevelser og erfaringer er noe som deles mellom to personer; for eksempel sykepleier og dens pasient. Det vesentlige kjennetegnet ved et slikt forhold, der opplevelsene og erfaringene deles, er at alles behov blir ivaretatt i de forholdene som etableres, og hvor pasient, pasientens familie og sykepleier kan inngå. Forholdene som etableres i behandlingen sees som *gjensidige prosesser*. Forholdene kan ikke etableres av sykepleier eller pasient *alene*, men kun gjennom samarbeid. Dog er det den profesjonelle sykepleieren sitt ansvar å etablere og opprettholde dette forholdet (Travelbee, 2001).

Forutsetningen for etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleier og pasient går gjennom fire forutgående og sammenhengende faser:

- Fase 1: Det innledende møtet
- Fase 2: Framvekst av identitet,
- Fase 3: Empati
- Fase 4: Sympati og medfølelse.

***Det innledende møtet.*** Denne fasen omhandler blant annet førsteinntrykket, som både kan være bra og dårlig. Inntrykket kan endres eller modereres når en lærer vedkommende bedre å kjenne, men det kan også bli stående uendret. Når en trer inn i det innledende møtet har en

ofte kategorisert hverandre som «sykepleier» og «pasient». Dette er kategorier som må brytes for å kunne komme videre i forholdet. Det er dermed viktig å kunne oppfatte mennesket i «pasienten», slik at en kan se på hverandre som unike individer. Når dette skjer kan en innlede den nye fasen, nemlig *framvekst av identitet* (Travelbee, 2001).

***Framvekst av identitet.*** Karakteristisk ved denne fasen er evnene til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, og samtidig etablere tilknytning til den andre. Likheter og forskjeller blir erkjent og trer frem. Når en er i fasen «framvekst av identitet» kan en si at en er i en mellomfase. Denne fasen legger grunnlaget for den neste fasen, *empati*, og den utdyper prosessen mot opplevelsen av en gjensidig forståelse (Travelbee, 2001).

***Empati og sympati.*** Denne fasen er en prosess der en klarer å se bort i fra pasientens ytre atferd, og heller fokusere på den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt. Det handler om å ha evnen til å ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket, men det er samtidig viktig for en sykepleier å stå utenfor og ha et objekt for empatien. Empati er en opplevelse av å forstå, der begge parter erkjenner at det formidles noe meningsfylt, og at de vet at de har kontakt med hverandre. Resultatet av dette er at en kan forutsi den andres atferd. Empati fører ikke alltid til gjensidig forståelse og kontakt, men er samtidig et viktig skritt i den retningen. Sykepleier må over i en fase der hun ønsker å hjelpe pasienten, ikke fordi det er forventet, men på grunn av den syke selv. For at dette skal skje må en ha sympati og medfølelse, som er den neste fasen (Travelbee, 2001).

***Sympati og medfølelse.*** Denne fasen har sitt utspring i empatifasen, der det foreligger en indre trang og et ønske om å hjelpe den syke. En tar del i den andres følelser og opplever medlidenhet. Ofte er det sykepleierens væremåte eller atferd som formidler medfølelse, da medfølelse også kan kommuniseres non-verbalt gjennom ansiktsuttrykk, et blick, gjennom bevegelse eller hvordan sykepleieren utfører sin hjelp. Å vise sympati og medfølelse vil si at sykepleier deler den sykes plager, slik at pasienten blir avlastet for byrden ved å bære dem helt alene. Nærvær eller, på den andre siden, fravær av sympati og medfølelse kan både ha en fysiologisk og psykisk betydning for pasientens evne til å takle sin egen sykdom. Resultatet av sympati og medfølelse er at pasienten føler seg ivaretatt av sykepleier. Sykepleier har greid å omsette sin sympati og medfølelse til sykepleiehandlinger slik at pasienten får lindret sine plager. Der pasienten opplever å bli møtt med sympati og medfølelse vil han eller hun begynne å få tillit til sykepleieren. Tillit må opptjenes, og dette må sykepleieren bevise gjennom handlinger (Travelbee, 2001).



Travelbee (2001) omtaler også smerte og lidelse i sin bok, og hvordan dette kan påvirke menneske-til-menneske-forholdet. Smerter er en intens ensom erfaring som er et problem for den som blir utsatt for den, legen som skal smertelindre, og sykepleier som arbeider rundt denne lidelsen. Det å formidle en smerteerfaring - slik at den som skal behandle får en full forståelse for smerteopplevelsen - kan være nærmest umulig. Helsepersonell danner seg ofte en viss personlig oppfatning av hvor sterk smerte en pasient har ved bestemte sykdommer, eller etter kirurgiske inngrep. Om en pasient overskrider den oppfatningen som helsepersonell har av være som skal være «passende» smerte, kan pasienten bli klassifisert som en som «spiller skuespill» eller en som søker rus fra medisineren. Men som helsepersonell kan man aldri være helt sikker på at egne vurderinger av pasientens akutte smerte er riktige (Travelbee, 2001).

Smerter er et symptom på sykdom, og alle symptomer medfører en viss angst for pasienten. Reaksjonen til helsepersonell er derfor svært viktig, fordi den kan være til hjelp - eller til hinder - for den som strever med å mestre situasjonen. Det å mestre en situasjon med smerter er vanskelig i seg selv. Dersom man ikke blir trodd av helsepersonell, og som en konsekvens av det behandlet med mistillit, vil dette forverre situasjonen betraktelig for den syke (Travelbee, 2001).

## **3.2. AKTUELT LOVVERK OG ETIKK**

Sykepleiere er både lovpålagt, og har en yrkesetisk plikt til å gi en god behandling som mulig til pasienter. Rusavhengige pasienter har en like stor rettighet til å bli ivaretatt, som andre rusnaive. Nedenfor følger noe relevant lovverk, rusreformen, samt etikk, som jeg mener er relevant og viktig å trekke frem.

### **3.2.1. Rusreformen**

Rusreformen ble iverksatt i 2004. Gjennom denne reformen fikk pasienter med ruslidelser pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Behandlingstilbudet for personer med ruslidelser ble også lagt inn under spesialhelsetjenesten. Tidligere lå ansvaret for under kommunalt og fylkeskommunalt nivå (Sælør & Biong, 2011; Lundberg, 2012; Sælør & Bjerknes, 2012). Reformen skulle bidra til å redusere ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk i behandlingen av rusavhengige (Sælør & Biong, 2011)

### 3.2.2. Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester med god kvalitet. Loven gir pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel fritt behandlingsvalg, rett til individuell plan, fastlege og dekning av utgifter til pasientreiser. Gjennom lovens bestemmelser skal dette bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, og samtidig fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 3.2.3. Helsepersonelloven

Loven om helsepersonell gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket. Formålet med loven er å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt sikkerhet for pasienter. Den skal også bidra til å bygge tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven tar blant annet for seg ordet *forsvarlighet* under § 4, der det står: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig». Dette innebærer at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og at en skal få bistand eller henvise pasienten et annet sted dersom en selv ikke er kvalifisert (Helsepersonelloven, 1999).

### 3.2.4. Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbund (NSF) har som ett av sine formål å sikre en høy sykepleiefaglig standard rundt etikk hos sykepleierne. NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ble første gang godkjent av landsstyret i 1983, og er sist revidert våren 2016. Retningslinjene revideres jevnlig, for å speile de kontinuerlige endringene i samfunnet vårt (Sneltvedt, 2016).

Formålet med retningslinjene er å *angi en retning* når det skal fattes vanskelige beslutninger. De gir ingen konkret løsning (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene er delt inn i seks kapitler, der de innleder med sykepleiens grunnlag, som er: «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» (Sneltvedt, 2016, s. 110).

I det første kapittelet av de yrkesetiske retningslinjene, blir det tatt for seg sykepleier og profesjonen. Her blir nevnes det blant annet at sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen fagområdet, og dermed bidra til at kunnskapen anvendes i praksis. I kapittel to tar de for seg sykepleier og pasient. Her står det innledningsvis at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt retten til å være medbestemmende og ikke bli krenket (Sneltvedt, 2016).

### **3.2.5. De fire prinsippers etikk**

De fire prinsippers etikk er et etisk rammeverk bestående av; *velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet*. Prinsippene ble utviklet på slutten av 1970-tallet av en gruppe amerikanere, bestående av filosofer, teologer, jurister og leger, og skulle være til hjelp for å løse kompliserte medisinsk-etiske spørsmål. Hvert prinsipp defineres som en plikt, der *velgjørenhetsprinsippet* er plikten til å gjøre godt mot andre, *ikke skade-prinsippet* er plikten til å ikke skade andre, *autonomiprinsippet* er plikten til å respektere autonome personers beslutninger, og *rettferdighetsprinsippet* er plikten til å behandle like tilfeller likt, og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2016).

### **3.3. RUSMIDDELAVHENGIGHET**

Rusmiddelavhengighet er komplekse tilstander som involverer både genetiske, nevrologiske, miljømessige og fysiske forhold, og man kan se rusavhengighet som *sosialt urettferdig*. Ungdom som vokser opp i problematiske hjemmeforhold, og som eksponeres for rus, er i større risiko for utvikling av rusproblemer enn ungdommer med gode oppvekstvilkår (Lossius, 2012).

Ungdom med vanskelige hjemmeforhold kan videre slite med tilknytning til skole, utvikling av trygge relasjoner til andre, og troen på seg selv. For denne ungdomsgruppen kan rusmidler utkonkurrere behovet for gode relasjoner til andre, da det påvirker de samme delene av hjernen som stimuleres når vi opplever glede og nærhet til andre mennesker. Rusmidler kan også endre intensitet på følelser som tristhet, sinne og glede (Lossius, 2012).

Helsevesenet i Norge bruker den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 i diagnostiseringen av rusproblemer. Vurderingen og diagnostiseringen baserer seg primært på

hvilke problemer rusmiddelet skaper for den enkelte. I ICD-10 skilles det mellom *skadelig bruk* og *avhengighet* (Lossius, 2012).

Kjennetegnet ved *skadelig bruk* er et bruksmønster der inntaket av rusmidler gir alvorlige helseskader, fysiske og/eller psykiske. *Avhengighet* innebærer en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter lengre tids bruk av rusmidler.

Vanligvis har den som er avhengig vanskeligheter med å kontrollere bruken av rusmidler, da ønsket om å ta stoffet er høyt. Stoffet får en høyere prioritet i hverdagen enn annen atferd, som var av stor verdi tidligere. Avhengighet kjennetegnes blant annet ved trangen til å måtte innta rusmiddelet, problemer med å kontrollere inntaket, og svekket evne til å stoppe før man mister kontroll. Et annet tegn kan være toleranseutviklingen, der man må øke dosene for å oppnå samme ruseffekt (Lossius, 2012).

### **3.3.1. Opioider**

Opioider er en fellesbetegnelse på smertestillende midler med lik virkningsmekanisme som morfin. Morfin og kodein er virkestoffer i produktene fra opiumsvalmuen, og er blitt brukt i behandling i over fem tusen år. De viktigste indikasjonene for bruk av opioider i behandling er sterke smerter ved akutt eller kronisk sykdom (Slørdal & Rygnestad, 2016).

Opioider har bivirkninger, og forholdsregler må tas i behandling. For det første utøver opioider en blanding av hemmende og stimulerende effekt av sentralnervesystemet. De hemmende effektene går på respirasjon, hosterefleks og søvn. Opioider kan føre til respirasjonssvikt/-stans, hemmet hosterefleks, og man kan bli søvngig. De stimulerende effektene omfatter kvalme/oppkast og miose (små pupiller). Den glatte muskulaturen blir også påvirket, noe som kan føre til obstipasjon (Slørdal & Rygnestad, 2016). Opioider er generelt svært avhengighetsskapende. Etter kontinuerlig bruk i bare 1-2 uker ses forskjellige toleranse- og abstinensfenomener. Abstinensreaksjoner i kroppen inkluderer angst, uro og diaré. Det er en vanskelig oppgave å rehabilitere opioidavhengige pasienter tilbake til en rusfri hverdag.

### **3.4. SMERTER**

Smerter kan komme langsomt eller plutselig, og med ulik grad av intensitet. De har en beskyttende funksjon for kroppen, da det oppstår ved plutselig vevsskade, som for eksempel ved brudd, brannskader, fødsel eller kirurgi. De kan også signalisere sykdom. Akutte smerter

kan føre til negative fysiologiske reaksjoner, disponere komplikasjoner og forlenge et sykdomsforløp, samt gi varige mén. Det er viktig å behandle den akutte smerten effektivt, både som lindring for pasienten, og for å redusere komplikasjoner smerten kan føre til på de ulike organsystemene (Danielsen et al. 2016).

Smertefenomenet er en sammensatt opplevelse, og den påvirkes av en faktor som enten kan forverre eller redusere opplevelsen av smerte. I følge *International Association for Study of Pain (IASP)* er smerter alltid subjektive. Dette vil si at en bestemt smertestimulus vil gi ulik smerteopplevelse hos forskjellige personer, samtidig som at graden av smerter kan variere fra én situasjon til en annen for de enkelte. Siden smerteopplevelsen er subjektiv er den vanskelig for andre, som helsepersonell, å kontrollere. En person med smerter kan beskrive sin smerte, men beskrivelsen blir oftest ufullstendig. Det er kun pasienten selv som kan vite hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer (Danielsen et al., 2016). Å ta hensyn til pasientens egen smerteopplevelse er en plikt for sykepleiere, samt en rettighet for pasienten (Nortvedt, 2016). Sterke smerter kan også gi symptomer fra det autonome nervesystemet, som rask puls, blekhet og svette. Når disse symptomene kommer samtidig med at pasienten uttrykker sterke smerter, møtes dette ofte med omsorg av helsepersonell. Men man kan også ha sterke smerter uten disse symptomene, og da er pasienten avhengig i å bli trodd på sine ord (Danielsen et al., 2016).

For mange kan det være en dyp ensomhet rundt smerter. Selv om en prøver å formidle sine smerter til helsepersonell, som er tilstede for å forstå, er man alene med følelsen. Ensomheten blir forsterket dersom den som hjelper ikke oppfatter smerteopplevelsen som pålitelig, og for enkelte kan det å ikke bli trodd være verre enn å bære selve smerten (Danielsen et al., 2016).

### **3.4.1. Hyperalgesi – økt smerteopplevelse**

Ved langvarig tilførsel av opioider oppstår det endringer i sentralnervesystemet som bidrar til økt toleranse for opioider, samt en økt følsomhet for smerter; *hyperalgesi* (Li et al., 2012). Kliniske studier tyder på at opioidavhengighet gir en økt smertefølelse ved å senke smerteterskelen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Hyperalgesi reduserer evnen til å takle akutt smerte. Det vil øke individuell angst, som igjen vil ha en negativ påvirkning på smertene. På samme måte kan fratagelse av opioider forårsake symptomer på angst og hyperalgesi (Blay et al., 2012). Hyperalgesi er med andre ord økt smertefølsomhet grunnet økt følsomhet i de nociseptive fibrene i et område (Danielsen et al., 2016).

### 3.4.2. Kartlegging av smerter

Bruk av kartleggingsverktøy knyttet til smerter og avhengighet har avgjørende betydning for at opioidavhengige skal få adekvat smertelindring. Nøyaktig kartlegging kan redusere sjansen for å bli manipulert eller «lurt», som mange sykepleiere frykter når det gjelder denne pasientgruppen (Li et al., 2012).

Det finnes ulike måter å kartlegge smerter på. Hjelpemiddlene kan være alt fra omfattende spørreskjemaer, til en enkel smerteskala. Smerteskalaer; *visuelle skalaer*, *verbal skala* og *ansiktskala*, er de vanligste hjelpemidlene, og er både pålitelige og enkle. En *visuell skala* er en linje der det ene ytterpunktet markerer «ingen smerter» og det andre ytterpunktet markerer «uutholdelig smerte». Det finnes to ulike visuelle skalaer; *Numeric rating scale* (NRS) og *visuell analog skala* (VAS) (Danielsen et al., 2016).

Ved bruk av NRS rangeres smertene på en skala fra 0 til 10, der 0 vil si *ingen smerter* og 10 vil si *uutholdelig smerte*. Linjen kan også være tom mellom ytterpunktene 0 og 10, da bruker man smerteskalaen VAS. Her skal pasienten krysse av på linjen som strekker seg fra *ingen smerte* til *uutholdelig smerte*. Ved *verbal skala* rangerer pasienten smertene verbalt mellom alternativene *ingen smerte*, *mild smerte*, *moderat smerte* og *verste tenkelige smerte*. *Ansiktskala* vil si en skala som har avbildet ansiktsuttrykk ved ulik grad av smerte. Denne smerteskalaen krever ikke språk og kan dermed være til hjelp ved kartlegging av smerte hos barn eller eldre som ikke klarer å uttrykke seg (Danielsen et al., 2016).

### 3.4.3. Smertelindring

Sykepleiere har en sentral rolle innenfor smertelindring til pasienter. Tilfredsstillende smertebehandling er ikke alltid like lett å gjennomføre hos alle pasienter, og det er dermed en utfordrende oppgave. Smerteforskning har gitt økt kunnskap innenfor fenomenet smerte, og er sentralt for oss sykepleiere for å jobbe kunnskapsbasert. Forskning som beskriver pasientenes perspektiv er like viktig som annen kunnskap om fysiologiske virkningsmekanismer, og avgjørende for å begrunne bak handlingsvalgene våre i smertebehandling (Danielsen et al., 2016).

Ifølge Den norske legeforening (2009) er de to viktigste forutsetningene for tilstrekkelig smertelindring for det første at man har et felles hovedmål: «pasienten skal ha det så godt det

lar seg gjøre, uten unødige lidelser. I tillegg bør pasienten være i stand til å bevege seg, og til å puste godt, for å unngå komplikasjoner som eller kan oppstå». Den andre forutsetningen belyser behandlerens kunnskaper. En behandler skal ha tilstrekkelig kunnskap rundt smerter, samt kunnskap rundt eventuelle bivirkninger medisinerer kan føre til. Holdninger hos behandlere spiller også en sentral rolle, der gjensidig tillit mellom behandler og pasient er vesentlig. Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, samt at pasienten må stole på at sykepleieren er tilstede for å hjelpe. Opplever pasient å bli møtt med tillit, trygghet og respekt, vil det forsterke effekten av den smertelindringen som gis (Danielsen et al., 2016).

### 3.5. PRESENTASJON AV UTVALGT FORSKNING

*Artikkel 1:* Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.

**Hensikt:** Hensikten med studiet var å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerter innlagt på sykehus. Dette er faktorer som kan påvirke smertebehandlingen til opioidavhengige.

**Metode:** Studien har et beskrivende tverrsnittsdesign med et hensiktsmessig utvalg fra fire norske sykehus innenfor fire ulike helseregioner. Det ble delt ut totalt 456 spørreskjemaer ved kirurgisk-, medisinsk-, intensiv- og anestesivdelinger, der 312 ble besvart; 274 sykepleiere og 38 leger.

**Hovedfunn:** Kun 38% av respondentene oppga at de kartla pasientens rusmisbruk, og kun 23,2% oppga at de brukte kartleggingsverktøy for smerter ofte. På spørsmål om kunnskap rundt smertelindring til opioidavhengige der helsepersonellet kartla seg selv på en 5-punktskala - der 1 var lite kunnskap og 5 var mye kunnskap - var gjennomsnittsverdien 2,16 hos sykepleiere og 3 hos leger. Leger vurderte altså sin kunnskap som bedre enn sykepleiere.

På kunnskapsspørsmålet om opioidavhengige har økt toleranse for opioider svarte 83,5 % riktig. Dog var det lite kunnskap rundt smerter og overfølsomhet hos opioidavhengige. Ved spørsmål om langvarig opioidbruk fører til overfølsomhet av smerter var det i underkant av halvparten av respondentene (47,6%) som svarte riktig. Nesten alle de resterende, 45,3%, svarte at de ikke visste.

Kunnskap er en viktig kilde i dannelsen og endring av holdninger. På spørsmål angående holdninger til opioidavhengige pasienter viste det seg at over halvparten av sykepleierne, og en sjettedel av legene, ofte føler seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Samtidig var det kun et mindretall av sykepleiere (20,8%) og leger (26,3%) som stolte på opioidavhengige sin smerteformidling.

**Artikkel 2:** Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study.

**Hensikt:** Narkotikamisbruk og tilhørende helseproblemer øker. Krokmyrdal & Andenæs undersøker sykepleiers kunnskap om smerte, og kompetansen ved smertebehandling av opioidavhengige pasienter, da det er begrenset forskning rundt dette temaet.

**Metode:** Dette er en pilotstudie med en kvantitativ tilnærming. Forskerne brukte spørreskjemaer som ble besvart selvstendig av 98 sykepleiere fra to forskjellige norske sykehus, samt to forskjellige enheter; medisinsk og ortopedisk.

**Hovedfunn:** Hele 88% av respondentene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap innenfor smertelindring til opioidavhengige. Utdanning, litteratur og informasjonsteknologi spilte liten rolle for tilegning av kunnskap. Respondentene betraktet arbeidserfaring og kolleger som en større bidragsyter. En tredjedel av sykepleierne mente at smertestillende medikamenter bidrar til opioidavhengighet, og over halvparten av sykepleierne som deltok i studiet stolte *ikke* på smerteopplevelsen – selvrappoteringsen - fra en opioidavhengig pasient.

**Artikkel 3:** Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment.

**Hensikt:** Studiets hensikt var å undersøke stoffbrukerens perspektiv på sin akutte smertebehandling ved akuttinnleggelser på sykehus.

**Metode:** Studiet bruker en blandet tilnæringsmåte; kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ data innhentet gjennom spørreskjema og dybdeintervju ble brukt for å undersøke stoffbrukerens subjektive syn på den akutte smertebehandlingen som ble mottatt. Innhenting av data fra respondentene skjedde kort tid etter innleggelse, og deretter etter 24, 48 og 96 timer.



Kvantitativ tilnæringsmåte ble brukt for å utfylle den kvalitative dataen ved å identifisere forskrevne analgetika; hvilken smertestillende den enkelt pasient fikk, samt administreringstidspunkt. Utvalget besto av 27 pasienter, både menn og kvinner, som var innlagt på sykehus i Sydney. Respondentene var alle avhengig av opioider, både forskrevet og ulovlig.

**Hovedfunn:** Ut i fra statistikken fra studiet ble respondentene dårligere smertelindret jo lengre de var innlagt på sykehuset. Et knapt flertall på 64% var fornøyde ved innleggelse. Etter 96 timer var dette endret til 43%. Samlet sett var respondentene i studiet fornøyd med egen smertehåndtering. Dette var til tross for at smertebehandlingen som ble forskrevet til hver enkelt pasient ikke alltid var like effektiv. Forsinkelser i administrasjon av smertestillende fra helsepersonell, og negative holdninger mot denne pasientgruppen ble sett på som en kilde til frustrasjon hos respondentene. Likevel mente respondentene at flertallet av helsepersonell tilstrebet oppnåelsen av en adekvat smertelindring.

*Artikkel 4:* Paschkis, Z. & Potter, M. L. (2015). Acute pain management for inpatients with opioid use disorder.

**Hensikt:** Hensikten med dette studiet er å vurdere nåværende litteratur angående akutt smertebehandling til opioidavhengige pasienter innlagt på sykehus. Artikkelen skal fjerne myter om opioider og opioidavhengige pasienter, samt diskutere vanlige misoppfatninger hos sykepleier i behandling av akutte smerter hos denne pasientgruppen.

**Metode:** Artikkelen er en fagfelleverdert litteraturstudie, der forskerne utførte søk i databasene Ovid, Medline og CINAHL for å identifisere relevant litteratur. Søkeordene som ble brukt, i varierte kombinasjoner, i disse databasene, var: *inpatients, opioid, opioid analgesics, opioid use disorder, opioid-related disorders, substance-related disorders, addiction, pain, acute pain, pain management, nursing care, nurse attitudes, og attitude of health personnel.*

Søkene ble begrenset til fagfelleverdert forskning, engelskspråklige studier, og studier gjort mellom 2000 og 2015. Det ble søkt over referanselisten til aktuelle journalartikler, der de fant ulike verk skrevet av myndighetene, retningslinjer og stillingsoppgaver utviklet av nasjonale organisasjoner som er opptatt av smertebehandling og arbeidet rundt lidelse. Noen av disse verkene var utgitt før år 2000.

**Hovedfunn:** Pasienter har rett til smertelindring, da det er viktig både for pasientens komfort og videre behandlingsmål. Akutte smerter blir ofte underbehandlet, og dette kan gi konsekvenser som angst, dårlig sårhelbredelse, søvnproblemer, nedsatt mobilitet og lengre sykehusopphold. De første trinnene man skal gjøre ved behandling av en pasient med akutte smerter er å kartlegge følgende: intensitet, kvalitet, lokalisasjon, forverrende/lindrende faktorer, samt en kartlegging av opprinnelig bruk av opioider før innleggelse, slik at man kan dekke den ekvivalente dosen av opioidbehov. Dersom opioider er passende behandlingsvalg skal ikke dette holdes tilbake på grunnlag av at man behandler en pasient med opioidavhengighet. Det er ingen doser av opioid som er trygge for hver enkelt pasient, og kommer dermed ikke utenom risikofaktorer som respirasjonsdepresjon, kvalme og forstoppelse. Det er sykepleier sin oppgave å stole på pasientens selvrapporterte smerte, da smerter er en subjektiv tilstand. En kan se på vitale tegn som en upålitelig kilde for smerteintensiteten da disse kan normalisere seg over tid, selv om den akutte smerten ikke er lindret. Noen helsepersonell er bekymret for å forverre avhengigheten til en opioidavhengig pasient som er innlagt på sykehus ved forskrivelse av opioider. Selv om denne bekymringen er fornuftig, er det ingen forskning som har koblet disse to parallellene sammen. Det er derimot vist at tilbakeholdenhet av opioider kan føre til en forverrelse, da smerter er forbundet med økt begjær og angst hos denne pasientgruppen.

*Artikkel 5:* Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence

**Hensikt:** Hensikten med dette studiet var å undersøke sykepleierens erfaringer med å gi pleie og omsorg til en rusavhengig pasient innlagt i medisinsk/kirurgisk enhet på sykehus. Bakgrunnen for studiet er at forekomsten av rusavhengige pasienter på sykehus er økende, samt at det er få undersøkelser av sykepleiere som gir omsorgen til denne pasientgruppen.

**Metode:** Studiet har en kvalitativ tilnærming, der 24 sykepleiere fra fem forskjellige enheter på et medisinsk senter i USA ble dybdeintervjuet; tre kirurgiske-, én ortopedisk- og én onkologienhet. De fleste av respondentene hadde en betydelig arbeidserfaring som sykepleier, fra 11 til 30 år.

**Hovedfunn:** Respondentene som deltok i studiet følte at de hadde en yrkesetisk plikt til å hjelpe denne pasientgruppen. Dog ble det uttrykt mange negative holdninger rundt utfordringene ved å ha omsorg for en rusavhengig pasient. De negative holdningene stammet fra opplevelser knyttet til tidligere kontakt med denne pasientgruppen, som manipulering, kunnskap, frykt og sikkerhet. Noen av respondentene trakk frem følelsen av å bli manipulert, samt at de opplevde pasientgruppen som krevende, og ikke til å stole på. Frykten for å bli utsatt for vold var også tilstede. De ønsket mer sikkerhet i kontakten med disse pasientene. En del opplevde at de hadde for lite kunnskap rundt temaet, og de ønsket et tettere tverrfaglig samarbeid med spesialister innen rus og psykiatri. Når det gjaldt smertelindring til denne pasientgruppen var sykepleierne redd for å administrere høye doser smertestillende medisiner, da de ikke ønsket å bidra til økt rusmisbruk.

## 4.0. DRØFTING

I dette kapitlet drøfter jeg rundt problemstillingen «*Hvilke forutsetninger bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter?*». I drøftingen anvender jeg relevante funn fra den forskningen som er presentert i kapittel tre av oppgaven, relevant kunnskap fra den litteraturen som er referert tidligere i oppgaven, samt egne erfaringer fra praksis. Drøftingen er delt i tre deler, basert på hva jeg mener å være de *viktigste* forutsetningene for å styrke *sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter*, slik det er formulert i problemstillingen.

### 4.1. KUNNSKAP

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer blir blant annet kunnskap, eller kompetanse, fremhevet som viktig for å utføre et godt arbeid. Sykepleiere og annet helsepersonell skal holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen sitt fagområde, og bidra til at denne kunnskapen anvendes i praksis (Sneltvedt, 2016).

Basert på funn i den forskning jeg har presentert i dette litteraturstudiet fremgår det tydelig at det i en del tilfeller er store mangler i sykepleiers kunnskap når det gjelder smertelindring hos opioidavhengige pasienter. I en rekke av studiene er det godt dokumentert at kunnskap innen smertebehandling hos opioidavhengige er begrenset, selv på avdelinger hvor det er innleggelse av opioidavhengige (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Neville & Roan, 2014; Li et al., 2012). I studiet til Krokmyrdal & Andenæs (2015) oppga for eksempel hele 88% av respondentene at de *ikke* hadde tilstrekkelig med kunnskap innenfor smertelindring hos denne pasientgruppen. Begrenset kunnskapsnivået hos sykepleiere ble også synlig i undersøkelsen til Li et al. (2012), hvor det ble avdekket at under halvparten av respondentene visste at opioidbruk kunne føre til overfølsomhet av smerte; hyperalgesi.

Det er også blitt belyst i ulike studier at sykepleiere kan ha en frykt rundt det å administrere høye doser opioider til opioidavhengige, fordi de tror at det vil bidra til økt avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Paschkis & Potter, 2015; Neville & Roan, 2014). Selv om en kan se på denne bekymringen som fornuftig, er det ingen forskning som har vist, eller dokumentert, en slik årsakssammenheng. Det som derimot er blitt dokumentert er at tilbakeholdenhet av opioider kan føre til en forverring av avhengigheten, da smerter er forbundet med økt begjær og angst hos denne pasientgruppen (Paschkis & Potter, 2015), i

tillegg til at tilbakeholdenhet av opioider kan forårsake hyperalgesi (Blay et al., 2012). Selv har jeg opplevd i praksis at smertestillende behandling er blitt tilbakeholdt i behandling av en opioidavhengig pasient, til tross for at pasienten hadde synlig, sterke smerter.

Basert på forskningsfunn referert i denne oppgaven ser det dermed ut til å være en forskjell på de behandlingstiltakene som forskningen anbefaler, og eksisterende praksis blant mange sykepleiere. En viktig forutsetning for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter må derfor være å gjøre den aktuelle forskningen kjent for dem, slik at praksisen kan endres i tråd med hva forskningen anbefaler.

Utilstrekkelig smertelindring hos opioidavhengige vil videre stå i motsetning til hva man ønsker å oppnå med pasient- og brukerrettighetsloven (1999), der formålet er å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester med en god kvalitet, uansett hvilke pasientstatus og lidelse du har.

En god forutsetning for at sykepleiere skal utføre god smertelindring for opioidavhengige pasienter kan også være at de kjenner til, og etterlever i sin praksis, det såkalte *rettferdighetsprinsippet* i de fire prinsippers etikk, der det plikten til å behandle like tilfeller likt understrekes. På samme måte kan også etterlevelse av det såkalte *velgjørenhetsprinsippet*, som påpeker plikten til å gjør godt mot andre (Brinchmann, 2016) være en slik god forutsetning.

I egen praksis opplevde jeg at smertestillende behandling ble tilbakeholdt da legen var usikker på om pasienten hadde tatt sin forskrevne metadon dose denne dagen, til tross for at pasienten sa at dosen ikke hadde blitt tatt. Her kunne en grundig kartlegging av pasienten vært relevant og nyttig, for å være sikrere på at riktig behandling ble valgt. Kartlegging av smerte og opioidinntaket før innleggelse, slik at man kan dekke pasientens ekvivalente dose av opioidbehov før videre smertelindring er anbefalt (Paschkis & Potter, 2015).

Generelt er bruk av kartleggingsverktøy knyttet til smerter og avhengighet essensielt for adekvat smertelindring hos opioidavhengige pasienter (Li et al., 2012). I studiet til Li et al. var det kun 38% av respondentene som kartla pasientens rusmisbruk, og kun 23,2% som brukte kartleggingsverktøy for smerter ofte. I følge Travelbee (2001) danner helsepersonell selv en slags egen, privat oppfatning av hvilken smerte man skal ha ved ulike sykdommer, eller etter forskjellige kirurgiske inngrep. Dersom pasienten overskrider denne oppfatningen – uttaler mer smerte enn forventet – kan helsepersonell i en del tilfeller klassifisere denne pasienten som en som «spiller skuespill» eller en som søker rus fra medisineren.

I situasjonen som jeg opplevde i praksis - der den opioidavhengige pasienten ikke ble smertelindret - tolket jeg det som at legen trodde at pasienten var russøkende, til tross for at pasienten selv uttrykte sterke smerter. Her opplevde pasienten å ikke bli trodd i sin smerteformulering. Danielsen et al. (2016) bemerker at smerter kan være ensomt, da en står alene med følelsen. Denne ensomheten kan samtidig bli forsterket dersom sykepleier eller annet helsepersonell – lege i dette tilfellet – ikke oppfatter smerteopplevelsen som pålitelig. For enkelte kan følelsen av å ikke bli trodd være verre enn å bære selve smerten (Danielsen et al., 2016). Sterke smerter kan også gi symptomer fra det autonome nervesystemet; rask puls, blekhet og svette (Danielsen et al., 2016). Men man kan også ha sterke smerter uten disse symptomene, og man kan dermed se på disse symptomene som upålitelige kilder (Danielsen et al., 2016; Paschkis & Potter, 2015).

I det aktuelle caset fra egen praksis var det ingen synlige vitale tegn på smerter, noe legen påpekte. Dersom dette er tilfellet er pasienten avhengig av å bli trodd av helsepersonell, hvis ikke kan situasjonen forverres betraktelig for den syke (Danielsen et al., 2016; Travelbee, 2001).

I følge International Association for Study of Pain (IASP) er smerter alltid subjektive. Dette vil si at bestemte smertestimulus alltid vil oppleves forskjellig fra pasient til pasient. Det er kun pasienten selv som kan vite hvordan smerten føles, hvor intens den er og hvor lenge den varer (Danielsen et al., 2016). I studiet til Krokmyrdal & Andenæs (2015) kom det frem at over halvparten av sykepleierne som deltok i studiet *ikke* stolte på smerteopplevelsen slik den ble rapportert direkte fra en opioidavhengig pasient. Det samme ble vist i studiet til Li et al. (2012), der kun 20,8 prosent av sykepleierne stolte på denne pasientgruppens egen smerteformidling. Det å ta hensyn til smerteformidlingen er en plikt for sykepleiere, og samtidig en rettighet for pasienten (Nortvedt, 2016; Paschkis & Potter, 2015). Sykepleier må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, samt at pasienten må stole på at sykepleieren er tilstede for å hjelpe. Opplever en pasient tillit, trygghet og respekt, vil det forsterke effekten av smertelindringen som gis (Danielsen et al., 2016, s. 388).

*Holdninger hos behandlere spiller også en sentral rolle, der gjensidig tillit mellom behandler og pasient, som nevnt ovenfor, er vesentlig.*

## 4.2. HOLDNINGER

Som tidligere nevnt kan rusavhengighet sees på som en form for sosial urettferdig, som blant annet kan komme til uttrykk ved at barn og ungdom som blir eksponert for rus, selv er i større risiko enn andre for utvikling av rusproblemer (Lossius, 2012).

I Travelbee (2001) sin sykepleierteori; *menneske-til-menneske-forhold*, er hun opptatt av å se på menneske som et unikt individ. I følge Travelbee (2001) er et menneske-til-menneske-forhold nødvendig for å hjelpe, og for å danne dette forholdet må det være en *gjensidighet i møtet*, der begge ser på hverandre, og respekterer hverandre, som unike individer. I dette tilfellet; *sykepleier og pasient*. Ved rusinntak og avhengighet vet vi at man kan slite med utvikling av gode og trygge relasjoner til andre mennesker, blant annet fordi rusmidlene påvirker den sammen delen av hjernen som stimuleres i nære relasjoner med andre (Lossius, 2012).

Jeg tenker da at det kan være spesielt utfordrende for sykepleier å utvikle *et menneske-til-menneske-forhold* med denne pasientgruppen, fordi dette er en *gjensidig* prosess hvor den ene parten - i dette tilfellet den avhengige – har spesielle utfordringer med dette. I en slik situasjon tenker jeg at sykepleier har et spesielt stort ansvar for å etablere en trygg og god relasjon til pasienten, og at en forutsetning for å lykkes med dette kan være at sykepleier kjenner til, og lar seg rettlede, av Travelbees beskrivelse av hvordan en slik prosess kan lykkes, jmf. de fire fasene som er beskrevet i avsnitt 3.1 i denne oppgaven.

- Fase 1: Det innledende møtet
- Fase 2: Framvekst av identitet,
- Fase 3: Empati
- Fase 4: Sympati og medfølelse.

Kjenner man som sykepleier til Travelbees teori, og hennes inndeling av gode relasjonelle prosesser i fire faser, så tror jeg at forutsetningene for å gjøre solide vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter er tilstede på en god måte. I situasjoner der dårlige holdninger hos helsepersonellet vanskeliggjør behandlingen kan teorien være av stor verdi for å bringe behandlingen videre i en positiv retning, fordi den beskriver hvordan gode relasjoner mellom sykepleier og pasient dannet, og utvikles.

For å danne gode relasjoner må sykepleier og pasient, ifølge teorien, gjennomgå fire forutgående og sammenhengende faser; *det innledende møtet, framvekst av identitet, empati og sympati og medfølelse*. Når en har gått gjennom disse fasene vil resultatet være at pasienten føler seg ivaretatt av sykepleier, og dermed har sykepleier klart å omsette sin sympati og medfølelse til sykepleiehandlinger, slik at pasienten blir lindret fra sine plager. På samme måte blir tillit opptjent, noe som er vesentlig i et sykepleier-pasient forhold (Travelbee, 2001).

Jeg har ulike erfaringer fra praksis på medisinsk infeksjonsavdeling i behandling av denne pasientgruppen. Blant annet har jeg opplevd dårlige holdninger hos helsepersonell til denne pasientgruppen, grunnet utfordringene rundt behandlingen. De dårlige holdningene har stammet fra frustrasjonen over å ikke klare å smertelindre optimalt, følelsen av å bli manipulert, og dermed også frykten for å behandle feil. Denne typen holdninger samsvarer også med det man har funnet i forskning. I forskningsstudiet til Blay et al. (2012), som kartla smertebehandlingen til opioidavhengige – sett fra pasienten sin side – ble det uttrykt i dybdeintervju at det oppsto frustrasjon hos respondentene i det tilfellet hvor helsepersonellet hadde negative holdninger til dem og deres smerteopplevelse. Men samtidig så respondentene at sykepleierne tilstrebet oppnåelsen av en adekvat smertelindring (Blay et al., 2012).

Respondentene som deltok i studiet til Neville & Roan (2014) utrykte også mange negative holdninger knyttet til utfordringene rundt å *ha omsorg* for en rusavhengig pasient. Disse negative holdningene stammet fra erfaringer knyttet til manipulering, mangel på kunnskap, frykt og usikkerhet. Det er ble vist i studiet til Li et al. (2012) at over halvparten av sykepleierne som deltok ofte føler seg manipulert av opioidavhengige. Samtidig mener Travelbee (2001) at reaksjonene til helsepersonell i behandlingen er svært viktige, fordi disse reaksjonene både kan være til hjelp eller til hinder for pasienten som strever med å mestre situasjonen den står i. Det ble også belyst i forskningen til Li et al. (2012) at nøyaktig kartlegging i forkant av behandlingen av denne pasientgruppen kan redusere sjansen for å bli manipulert eller «lurt», som mange sykepleiere frykter å bli av denne pasientgruppen. Kunnskap om gode kartleggingsrutiner er dermed viktig dannelsen av gode holdninger (Li et al., 2012).

Da rusreformen ble iverksatt i 2004 fikk pasienter med ruslidelser pasientrettigheter på lik linje med alle andre pasienter. Tidligere lå ansvaret for behandling av denne pasientgruppen under kommunen og fylkeskommunen (Sælør & Biong, 2011; Lundberg, 2012; Sælør &



Bjerknes, 2012). Lovverket som inngår er blant annet pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, samt å fremme sosial trygghet og ivaretagelse av respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd. Loven har som formål å sikre befolkningen en lik tilgang på tjenester med en god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helsepersonelloven (1999) er også en lov som skal være med på å bygge tillit til helsepersonellet og helse- og omsorgstjenesten. Her er formålet med loven å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt sikkerhet for pasienten. Denne loven gjelder for alt helsepersonell, og alle virksomheter som yter helsehjelp i riket (Helsepersonelloven, 1999).

Respondentene i studiet til Neville & Roan (2014) følte at de hadde en yrkesetisk *plikt* til å hjelpe denne pasientgruppen, noe som er korrekt jmf. det lo- og rettighetsverket som finnes på området. Dette er også nedfelt i sykepleier sine yrkesetiske retningslinjer, blant annet i kapittel 2, der de tar for seg sykepleier og pasient. Her står det innledningsvis at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt retten til å være medbestemmende og ikke bli krenket (Sneltvedt, 2016).

## 5.0. KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleierens vurderinger ved behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter. Basert på gjennomgang av forskning, litteratur og lovverk på fagområdet mener jeg at særlig tre forutsetninger må være tilstede for at sykepleiers vurdering av behovet for smertelindring hos denne pasientgruppen skal holde høy faglig kvalitet, og danne grunnlag for god behandling.

For det første mener jeg at sykepleiers *kunnskaper* om smertelindrende behandling av opioidavhengige pasienter må være høy, i den forstand at praksis må være styrt av oppdatert og aktuell forskning på området. Man ser ut i fra forskning at dette ikke alltid er tilfelle, men at sykepleier dessverre i mange tilfeller har begrenset kunnskapen og kompetansen om dette temaet, og at praksisen deres strider *imot* det forskningen anbefaler. Flere av studiene viser at det er en forskjell mellom behandlingstiltak forskning anbefaler, og eksisterende praksis blant mange sykepleiere

Gode kunnskaper som må være tilstede vil i dette tilfellet si kunnskaper om rusavhengighet, hyperalgesi, bruk av kartleggingsverktøy, og administrering av smertelindrende medikamenter. Å ha gode kunnskaper på disse områdene er en forutsetning for å gi adekvat smertebehandling for opioidavhengige, også fordi det er vist i forskning sykepleiers kunnskap påvirker sykepleiers *holdninger* til denne pasientgruppen, som igjen får konsekvenser for kvaliteten på behandling. Desto bedre kunnskaper, desto bedre holdninger, desto bedre evne til å danne en god relasjon til pasienten, og desto bedre kvalitet på behandlingen, ser ut til å være regelen basert på den forskningen jeg har brukt i oppgaven.

Da er vi over på det jeg mener en viktig forutsetning nummer to å kunne gi god smertebehandling til den pasientgruppen vi snakker om, nemlig at sykepleier må evne å skape en god og gjensidig tillitsfull relasjon til pasienten, der pasienten sees som et unikt individ, som kjenner seg selv, og som må lyttes til når det gjelder behov i behandlingen. Gode holdninger er som antydning en forutsetning for det. Men for å styrke sykepleiers mulighet til å danne slike gode relasjoner i behandlingen er det også viktig at hun eller han er godt orientert om *teori på området*, som beskriver hvordan gode relasjoner kan utvikles mellom sykepleier og pasient. En slik teori kan være Travelbee sin sykepleierteori; menneske-til-menneske-forhold. Ved å lære av denne sykepleierteorien, og hvordan den beskriver utviklingen av en god relasjon gjennom fire faser, kan sykepleier unngå å falle i ulike feller som forskningen

viser at sykepleier ofte frykter, som for eksempel å bli et offer for manipulering av pasienten. *manipulering.*

En tredje viktige forutsetning for at sykepleier skal kunne gi god smertebehandling til den aktuelle pasientgruppen, er at sykepleier kjenner til aktuelt rettighets- og lovverk på området, og etterlever dette i sin praksis. Pasient og brukerrettighetsloven kan være et eksempel hva sykepleier må kjenne til, fordi den understreker befolkningens rett til lik behandling, og lik tilgang på tjenester, uansett pasientstatus, og hvilken lidelse man har. Ved å kjenne til aktuelt rettighets- og lovverk på dette området kan sykepleier være trygg på at han eller hun utfører en faglig, og ikke minst etisk, god praksis.

***Basert på gjennomgang av forskning, litteratur og lovverk på området mener jeg dermed at de viktigste forutsetningene for å styrke sykepleiers vurderinger av behovet for smertelindring hos opioidavhengige pasienter er tredelt. For det første må kompetansen være høy, og i tråd med aktuell forskning. For det andre må sykepleier ha evnen til å danne en god og tillitsfull relasjon i behandlingen, slik aktuell teori på området beskriver det. Og for det tredje må sykepleier ha kjennskap til aktuelt rettighets- og lovverk på området, for å sikre en faglig og etisk forsvarlig praksis.***

## LITTERATURLISTE

- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse*, 42(2), 289-297. doi: <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (utg. 4, s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Compton, P., Charuvastra, V. C., Kintaudi, K., & Ling, W. (2000). Pain responses in methadone-maintained opioid abusers. *Journal of pain and symptom management*, 20(4), 237-245. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00191-3](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00191-3)
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (utg. 5). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bd. 1, s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Se meg! – alkohol – narkotika – doping*. (Meld. St. 30 2011-2012) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdf/s/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere

innlagt i sykehus. *Sykepleien*, 7(3), 252-260. doi:

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0131>

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (utg. 2, s. 23-39). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lundberg, A. (2012). Hva er de med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet?. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (utg. 2, s. 40-46). Oslo: Gyldendal Akademisk

Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339-346. doi: 10.1097/NNA.0000000000000079

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3, bd. 3, s. 169-185). Oslo: Gyldendal Akademisk

Paschkis, Z. & Potter, M. L. (2015). Acute pain management for inpatients with opioid use disorder. *American Journal of Nursing*, 115(9), 24-32. doi: 10.1097/01.NAJ.0000471243.30951.92

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

Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2016). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (utg. 2, s. 341-351). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.),

*Etikk i sykepleien* (utg. 4, s. 97- 113). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sælør, K. T. & Biong, S. (2011). Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. *Sykepleien*, 6(2), 170-176. doi: 104220/sykepleienf.2011.10103

Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 143-162). Oslo: Akribe

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ververda, J., Hansens, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandlingen. *Sykepleien*. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.70402