

Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige

Forfattere

Anne Berit Govertsen
Intensivsykepleier
Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Cathrine Aanensen
Anestesisykepleier
Anestesi-, intensiv- og operasjonsavdelingen, Sørlandet sykehus

Ellen Benestad Moi
Universitetslektor
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap,
Universitetet i Agder

kvalitativ metode

Kompetanse

Rusavhengighet

Samarbeid

spesialsykepleier

Sykepleien Forskning 2019 14(75746)(e-75746)
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>

Sammendrag

Bakgrunn: Internasjonal forskning viser at rusavhengige pasienter på sykehus ikke får den smertelindringen de har krav på. Det kan skyldes manglende kunnskap om medikamenter, bruk av smertekartleggingsverktøy, helsepersonells holdninger samt hvordan man skal tilnærme seg rusavhengige. Det foreligger ingen studier av hvorvidt norske smerteteam har betydning for smertelindring av rusavhengige.

Hensikt: Å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi utførte individuelle intervjuer med seks spesialsykepleiere i smerteteam ved fire norske sykehus og benyttet kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Smerteteam har tid til direkte pasientkontakt. Der smerteteamet oppdager manglende kompetanse hos helsepersonell, bistår de med støtte og undervisning i hvordan man skal dosere og kombinere ulike medikamenter for å lindre smerte hos rusavhengige. Videre bistår smerteteam med kunnskap om rusanalyse og smertekartlegging, hvordan etablere tillit og trygghet samt kommunisere med rusavhengige. Samarbeid med helsepersonell både i og utenfor sykehus vektlegges.

Konklusjon: Smerteteamet kan prioritere tid til den rusavhengige og være en ressurs for pasienter, leger og sykepleiere. Resultatene tyder på at smerteteam er en nyttig investering for å møte rusavhengiges behov for optimal smertelindring. Pasientene får lindret sin smerte og følges opp med behandlingsplan både på sykehus og etter utskrivelse.

Rusavhengighet utgjør et stort globalt helseproblem. Rusmiddelrelaterte sykdommer og skader gir hyppige sykehusinnleggelse, og smerter er en av de vanligste årsakene til at rusavhengige oppsøker sykehus (1).

Rusavhengighet karakteriseres av flere atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener etter gjentatt stoffbruk. Stoffbruken prioriteres høyere enn aktiviteter og forpliktelser, noe som kan gi økt toleranse for og dermed nedsatt effekt av legemidler som brukes, samt fysisk abstinensstilstand (2).

Hindre for adekvat behandling

Helsepersonells manglende kunnskap om toleranseutvikling, hyperalgesi (forhøyet følsomhet for smerte), substitusjonsmedikamenter og abstinenser kan gi inadekvat behandling og smertelindring (1, 3–5). Risikoen blir at pasienter skriver seg ut på eget ansvar. Manglende kompetanse om opioidavhengighet som stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, kan også komplisere adekvat smertelindring (6, 7).

Norske og internasjonale studier viser at tillitsforholdet mellom rusavhengige pasienter og helsepersonell er avgjørende for å danne ærlig og god dialog som vil sikre kvaliteten på videre smertelindring (1, 6–10). Flere studier viser at usikkerhet i tilnærmingen til rusavhengige pasienter bunner i manglende kompetanse, manglende evne til å skape tillitsforhold, mistro til pasienten og holdninger som at rusavhengighet anses som selvforskyldt (6, 7, 10).

Smerteteam

Rusavhengige pasienter har krav på like god behandling som andre pasientgrupper (5). Internasjonale studier viser at sykehus mangler organiserte smerteteam til tross for at det finnes kunnskap om at smerteteam er viktige, nyttige og effektive redskaper for at rusavhengige skal få nødvendig smertelindring (6, 8).

Vi finner ingen offisiell statistikk over antallet smerteteam i Norge, men flere sykehus har etablert smerteteam for smertetilstander som er vanskelig å behandle hos inneliggende pasienter (11). Ifølge et konferansebidrag har kun 6 av 21 sykehus i Helse Sør-Øst smerteteam (12).

Hensikt med studien

Det foreligger ingen publiserte studier om norske smerteteams erfaringer med rusavhengige pasienter. Kunnskap hos smerteteam er viktig å belyse. Erfaringene kan bidra til at helsepersonell får mer kunnskap og kan møte denne pasientgruppen på en bedre måte. Hensikten med denne studien er å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer i smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.

Metode

Studien har et kvalitativt design med seks individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer (13).

Informanter

Vi kontaktet smerteklinikker ved fem sykehus i Sør-Norge per e-post. Fire sykehus hadde smerteteam og erfaring med smertelindring av rusavhengige pasienter. Smerteteamene besto av en eller flere spesialsykepleiere og en anestesilege, og de var knyttet til en smerteklinikk eller anestesivdeling. To smerteteam drev oppsøkende virksomhet, men alle behandlet pasienter etter henvisninger.

Vi fikk innpass til forskningsfelt ved å anvende sykehusenes prosedyrer. En kontaktperson på sykehusene forespurte informanter om å delta. Inkluderte informanter måtte være spesialsykepleiere og ha minst to års erfaring fra smerteteam og behandling av rusavhengige pasienter. Etter at informantene hadde bekreftet at de ville delta, sendte vi informasjonsskriv via e-post til dem.

Intervjuer

Vi gjennomførte intervjuene i november og desember 2015, og de varte i 45 til 60 minutter. Første- og andreforfatteren var til stede under alle intervjuene og hadde hovedansvaret for tre intervjuer hver. Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål knyttet til positive og utfordrende erfaringer med smertelindring av rusavhengige. Etter lydopptak transkriberte vi intervjuene fortløpende.

Vi anvendte kvalitativ innholdsanalyse (14) og leste transkripsjonene flere ganger for å danne et felles helhetsbilde. Intervjuteksten ble inndelt i meningsenheter som ble kondensert, abstrahert og kodet. Første- og andreforfatteren dannet meningsenheter og koder for fire intervjuer sammen, og hver for seg for to intervjuer.

Alle forfatterne diskuterte og reflekterte over uklarheter som oppsto gjennom analyseprosessen, noe som ga en ny og dypere felles forståelse.

Refleksjonene var avhengige av artikkelforfatternes forforståelse, erfaringer med pasientgruppen fra akuttmottak og intensivavdeling samt ulik erfaring med analyse av forskningsresultater. Ved hjelp av kodene ble likheter og ulikheter i tekstinnholdet identifisert og sortert i tre kategorier (tabell 1).

Tabell 1. Presentasjon av kategorier og underkategorier

Kategorier	Betydningen av tillit	Behov for økt kompetanse	Betydningen av samarbeid
Underkategorier	<ul style="list-style-type: none">• tid til å etablere tillit• viktigheten av å inn- gi tillit og trygghet• våge å stå i krevende situa- sjoner	<ul style="list-style-type: none">• oppmerksomhet på rusana- lyse og smertekartlegging• viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleier og pasient• fagkunnskap om smertelin- dring• undervisning satt i system	<ul style="list-style-type: none">• tilrettelegging for pasienten gjennom hele pasientforløpet• samarbeid innad i smerteteamet• behov for retningslinjer for smertebehandling• samarbeid med avdelinger på sykehuset• samarbeid med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) er ikke undersøkelsen meldepliktig (prosjektnummer 44942).

Undersøkelsen ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (15).

Transkripsjonene ble anonymisert, oppbevart innelåst under forskningsprosessen og destruert etter gjennomført innholdsanalyse. Informantene undertegnet samtykkeerklæring etter at de hadde fått muntlig og skriftlig informasjon om studien.

Resultater

Et strategisk utvalg med seks spesialsykepleiere fra smerteteam ved fire norske sykehus deltok i studien. To sykehus var representert med to informanter, og to sykehus hadde en informant hver. Fem informanter var anestes- eller intensivsykepleiere, mens en hadde spesialkompetanse innen smertebehandling. Alle var kvinner over 30 år og hadde arbeidet i smerteteam i mer enn tre år.

Tillit

Alle informantene erfarte at pasientene ble trygge da smerteteamet satte av tid, tok smertene deres på alvor og møtte dem med respekt:

«Det å få pasienten trygg er alfa og omega.» (ID-A1)

Det var bred enighet om at gode møter var avhengig av ærlig og direkte kommunikasjon der smerteteamet brukte tid og torde å stille utfordrende og direkte spørsmål, selv om spørsmålene følte ubehagelige. Informantene beskrev også at enkelte rusavhengige var velformulerte, av og til fortalte usannheter, var krevende og til dels manipulerende. Ofte kom pasientene fra miljøer hvor de ikke var vant til å stole på noen. En informant sa at hun ansvarliggjorde pasientene:

«Etablering av tillit går begge veier.» (ID-A2)

Informantene uttrykte at de hadde samme tilnærming til rusavhengige som til andre pasienter med smerteproblematikk, og at de ikke stigmatiserte, men var grensesettende. En informant påpekte hvor viktig det er å «nullstille seg» før møter med pasienten, og vise oppriktig interesse. Alle sa at erfaring ga trygghet, slik at de våget å stå i krevende situasjoner:

«Det er krevende og en balansegang å bygge allianse og stole på pasienten. Blir man for skeptisk, klarer man ikke å bygge allianser. Det er viktig at de føler de blir møtt på lik linje som andre pasienter.» (ID-A2)

Kompetanse

Alle følte seg privilegert som hadde tid til individuell smertebehandling og påpekte at smertekartlegging og rusanalyse måtte gjennomføres tidlig:

«Vi kan prioritere og kartlegge annerledes enn sykepleier på sengepost. Vi kan sette av tid, ta stolen inntil og lytte.» (ID-B1)

Alle informantene erfarte at pasientenes tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon skapte utfordringer i smertelindringen. Fullstendige fakta måtte frem for at smerteregimer skulle tilpasses og fungere for hver pasient:

«Vi er blitt mye bedre til å kommunisere: snakke om ‘rus-sug’, tankekjør og se pasientenes perspektiv. Det gjør at vi kommer i mål.» (ID-A2)

«Altså, jeg vil bare stresse dette: rusanalyse, smertekartlegging – se sammenheng og gi pasienten det han trenger. Ta han på alvor!» (ID-B2)

Det var enighet om at pasientmedvirkning innen bestemte rammer var avgjørende. Tett oppfølging gjennom hele pasientforløpet bidro til kontinuitet:

«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.» (ID-B2)

«Å være til stede, tett oppfølging og evaluere er viktig.» (ID-B1)



«Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig.»

Informant

Informantene hadde utvidede fagkunnskaper om smertelindring, som de mente var et kriterium for å lykkes med smertelindring til rusavhengige:

«Jeg gir ikke nødvendigvis mer medisiner, men flytter litt på dosene. Da blir det kanskje lettere for pasienten.» (ID-D)

«Noen ganger trenger pasientene andre medisiner enn opioider. Vi må gi riktige medisiner for at pasientene skal ha det bra. Da trenger sykehuset den kompetansen smerteteamet har.» (ID-D)

Informantene erfarte at smertebehandlingen tidvis var dårlig og kunnskapen mangelfull hos enkelte sykepleiere og leger på sengeposter. De sa også at sykepleierne lærte mer når smerteteamet gjorde vurderinger sammen med dem:

«Det er trygt for sykepleierne [...] lettere å ta kunnskapen videre.» (ID-A1)

Alle smerteteam arrangerte fagdager. Ett smerteteam underviste nyansatte sykepleiere om smertelindring til rusavhengige. Tre sykehus hadde sykepleiere med roller som smertekontakter på sengeposter. Smertekontaktene hadde ansvaret for å være et bindeledd mellom smerteteamet og sengeposten.

Samarbeid

Sykehusavdelinger sendte henvisninger til smerteteamet, mens enkelte smerteteam drev oppsøkende virksomhet i tillegg. Hvis pasienten var under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), oppsøkte smerteteamet pasienten pre- og/eller postoperativt for å sjekke forordninger i henhold til retningslinjene for smertebehandling.

Informantene sa at de gjorde selvstendige tilsyn og oppfølging. Anestesilegen foretok medikamentelle ordinasjoner, men behandlingsplaner ble utarbeidet i fellesskap:

«Mye av oppfølgingen er det jeg som gjør, og jeg gir anestesileger oppdatering og tilbakemeldinger.» (ID-C)

Alle informantene sa at lokale retningslinjer for smertelindring til rusavhengige har vært tilgjengelige i flere år, og at retningslinjene var viktige i samarbeidet mellom smerteteamene og sengepostene. Enkelte sa at rusavhengige pasienter oftere skrev seg ut på eget ansvar før retningslinjene ble tatt i bruk:

«Det viktigste jeg har gjort når det gjelder kvalitetssikring av smerteteam, er nok å lage retningslinjer.» (ID-C)

Alle mente det var viktig å være tilgjengelig og holde god kontakt med «livet på gulvet». En informant sa at det var oppmuntrende å se at sykepleierne på sengeposten fikk «stjerner i øynene» når de mestret å lindre smerten til de pasientene de opplevde som utfordrende:

«Det er ingen sykepleier på sengepost som våger å titrere [gradvis øke dosen til ønsket effekt] opp mot 100 mg morfin intravenøst dersom du aldri har gjort det før.» (ID-A1)

Informantene opplevde at samarbeidet med legene på sengeposten varierte. De bisto turnus- og assistentlegene med erfaringer og kunnskap, og alle opplevde det som positivt å være en støtte og sparringpartner. Tre informanter følte imidlertid at deres kompetanse ikke ble benyttet hvis legene på sengeposten ønsket å utarbeide egne smerteregimer. Da fikk ikke pasientene nødvendig smertelindring, og sykepleierne på sengeposten ble frustrerte:

«Jeg tør si fra og stå for det. Så får legene heller bli sinte på meg. Som sykepleier i smerteteam tåler jeg det.» (ID-D)

Alle kontaktet LAR-konsulenten raskest mulig dersom pasienten var under LAR-behandling. Samarbeid med LAR var spesielt nyttig når smerteteamet ikke fikk tilstrekkelig informasjon fra pasienten:

«Jeg ble tilkalt til en pasient som sto på kjempedose metadon, 240 mg! Da jeg kontaktet LAR, ble de overrasket. Det viste seg at pasienten var utskrevet fra et sykehus med den store dosen, uten nedtrappingsplan.» (ID-B1)

Alle påpekte hvor viktig det var med et godt samarbeid mellom smerteteamet, LAR og fastlegen om nedtrapping. Alle hadde gode erfaringer med å lage nedtrappingsplaner som behandlende sykehusleger sendte fastleger.

Diskusjon

Tillit

Alle informantene erfarte at de må etablere tillitsforhold på det første møtet, at det tar tid og er essensielt for adekvat smertebehandling. Disse erfaringene samsvarer med forskning som viser at det skaper gode relasjoner å ta seg tid til å lytte til pasientens følelser og skjebner (16), og at helsepersonellet er avhengige av tillit for å utøve sykepleie (17).

Informantene sa videre at rusavhengige er vant til å bli møtt med mistillit og ofte kom fra miljøer hvor de ikke var vant til å stole på noen. Dette utsagnet er i tråd med forskning som viser at rusavhengige er redde for ikke å bli tatt på alvor (1, 8). Skau (17) fastslår at tillit lett kan rives ned av krenkelser. Internasjonale studier viser også at sykepleiere kan stigmatisere og mistolke rusavhengiges atferd, og at negative holdninger til opioidavhengige forekommer (8–10, 18).



«Det er ekstra krevende for helsepersonell å etablere et tillitsforhold til rusavhengige pasienter.»

Blant norsk helsepersonell er det også en allmenn oppfatning at rusavhengige pasienter er uærlige om sitt rusmisbruk, og om effekten av medikamenter (7, 19). Det er ekstra krevende for helsepersonell å etablere et tillitsforhold til rusavhengige pasienter siden mange rusavhengige er skeptiske til helsevesenet og helsepersonell.

Samtidig er det viktig å ansvarliggjøre pasientene i behandlingsopplegget, da tillit går begge veier, ifølge en informant. Hvis helsepersonellet ikke oppnår tillit hos pasientene, kan det medføre at de ikke får adekvat smertelindring og velger å avslutte behandlingen og skrive seg ut fra sykehuset på eget ansvar. Helsepersonellens holdninger og moralske varsomhet er viktig for god sykepleieutøvelse og vellykket smertebehandling (9, 20, 21).

Ifølge Nielsen (16) kan en god holdning minske pasientens frykt for og skepsis til at behandlingen ikke skal nytte. Tidligere forskning viser at gode holdninger er et viktig redskap for helsepersonell for å etablere tillit og minske pasientens frykt om at behandling ikke skal nytte (7, 9, 16). Denne forskningen samsvarer med resultatene i vår studie og viser at tillit er et suksesskriterium i smertebehandlingen til rusavhengige.

Kompetanse

Informantene hadde gode erfaringer med å avsette tid til å gjennomføre rusanalyse og smertekartlegging, lage individuelle behandlingsplaner, stille åpne og direkte spørsmål, ansvarliggjøre pasienter, gjøre avtaler og sette grenser. Disse erfaringene samsvarer med en dansk studie (16), som viser at smerteteamet motiverer pasienten og gjør behandlingen til et felles prosjekt.

Skau (17) og Eide og medarbeidere (22) understreker også at verdier som barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter blir synlige gjennom aktiv lytting, samtale, rådgivning og gode intervjuferdigheter.

Samtidig viser forskning at sykepleiere på sengepost har ulik erfaring, kompetanse og tid til å ta seg av den rusavhengige pasienten (10). Det holder ikke bare med ferdigheter i kommunikasjonsteknikk og kjennskap til hva som skal kartlegges, man må også forstå pasientens unike psykososiale kontekst (10, 22).

Det kan synes som at kartlegging og videre behandlingsopplegg kan stå i fare for å mislykkes dersom helsepersonellens kommunikasjon ikke er oppriktig og sannferdig. Videre kan gjentatte møter mellom smerteteam og pasienter bidra til adekvat smertelindring hvis pasienten blir involvert og ansvarliggjort.

Tre informanter uttrykte frustrasjon når enkelte leger ikke benyttet smerteteamets kompetanse, noe som kunne lede til inadekvat smertelindring. Alle informantene beskrev at de hadde erfart inadekvat smertebehandling og mangelfull kunnskap hos enkelte sykepleiere og leger på sengepost. Flere studier bekrefter at smertelindring til tider ikke eksisterer, og det avdekkes lite kunnskap om kompleksitet og manglende ruskartlegging (7, 8, 18).

Studiens informanter anbefalte fagdager og smertekontakter som bidrag for å øke ansattes kompetanse. Sykepleiere og leger har imidlertid et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert, drive kunnskapsbasert praksis og samarbeide med annet kvalifisert personell om pasientens behov tilsier det (23).

Det må også være et lederansvar å legge til rette for å etablere rutiner og systemer for smertekartlegging, samarbeid med smerteteam der de finnes, kursing og tilstrekkelig personell med nødvendige kvalifikasjoner for å drive adekvat smertelindring (23, 24).



«Da informantene brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner og doseringer av medikamenter, oppnådde pasientene smertelindring.»

Ifølge en informant kan rusavhengige lett utagere og skape uro på en sengepost når de ikke blir tatt på alvor eller ikke får nødvendig smertelindring. Rusavhengige erfarer ofte at effekten av forordnende medikamenter uteblir (1). Derfor gjennomførte informantene individuell smertebehandling, som ble kontinuert og evaluert gjennom hele pasientforløpet.

Da informantene brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner og doseringer av medikamenter, oppnådde pasientene smertelindring. Erfaringene til studiens informanter synliggjør at kompetansen på sengeposter om medikamentkombinasjoner og doser er mangelfull, og at smerteteamets hjelp er nødvendig.

Ifølge Duelund og medarbeidere (6) ble sykepleiere bedre rustet til å behandle pasienter med kompleks smerteproblematikk etter fagdiskusjoner med smerteteam. Det kan synes som at smerteteamet kan bidra til adekvat smertelindring ved å medvirke til økt kompetanse hos helsepersonell på sengeposter, men er avhengig av en ledelse som tilrettelegger for at kompetansen i organisasjonen utnyttes.

Samarbeid

Smerteteamet var lett tilgjengelig for helsepersonellet på sengepostene. Smerteteamene er et lavterskeltilbud, og de er fleksible, proaktive og videreformidler ny kunnskap, noe som synes å ha betydning i og med at leger og sykepleiere brukte smerteteamet for å sikre smertebehandling gjennom pasientforløpet.

Informantene påpekte at det er en forutsetning at ledelsen er positive til smerteteam for at de skal være en ressurs for sykehuset.

Dersom sykehus ikke har smerteteam, kan man stille spørsmål ved hvorvidt de klarer å opprettholde krav om spesialkompetanse i en komplisert smertebehandling. Pasientens behov bør være førende for hvilke faggrupper som involveres (24). Utviklingen peker mot en praksis der pasienten inkluderes i tverrprofesjonelle samhandlingsforløp (8, 24). Retten til pasientmedvirkning er lovfestet og skal tas i betraktning (20).

Kontinuitet i behandlingsforløpet kan trues som følge av en stadig økende profesjonalisering og spesialisering (24) og kan både svekke kvaliteten på behandlingen og gi en mangelfull behandling.

Smerteteam ser ut til å være et suksesskriterium for kvalitet og bidrar til gode behandlingsforløp ved å løse pasienten gjennom hjelpeapparatet, slik at spesialkompetansen kommer pasienten til gode (24).



«Smerteteam ser ut til å være et suksesskriterium for kvalitet og bidrar til gode behandlingsforløp.»

Sykehusene i studien hadde retningslinjer for smertelindring til rusavhengige pasienter. Før retningslinjene ble implementert, hadde det hendt at rusavhengige skrev seg ut på eget ansvar, noe som ga utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

Informantene oppga at retningslinjene hjalp sykepleierne og legene til større felles forståelse for prinsipper for smertebehandling, og hindret at behandlingen ble personavhengig.

Resultatene fra en australsk og en britisk studie (1, 4) viste at rusavhengige ble behandlet med større verdighet og respekt etter at sykehusene i studiene hadde implementert retningslinjer, og helsepersonellet opplevde mindre aggressive og manipulerende pasienter. Disse funnene er i tråd med vår studie og viser at retningslinjer for smertebehandling er et suksesskriterium for adekvat smertelindring til rusavhengige.

Alle hadde et godt samarbeid med LAR da de skulle hente inn informasjon om medisiner og avdekke et eventuelt sidemisbruk hos inneliggende pasienter. Når pasientene er innlagt på sykehus, er kontakten med LAR viktig for å opprettholde og kontinuere rett substitusjonsdose (3, 5).

Samhandlingsreformen tilsier at kommune- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle når pasienter flyttes mellom sykehus og kommuner (25). Dette understreker hvor viktig det er å samarbeide med fastlegen og LAR, som kan etterse at nedtrapping organiseres som et siste ledd i et helhetlig behandlingsforløp.

Metodiske overveielser

Intervjuerne har erfaring som sykepleiere i akuttmottak og kjenner rusavhengiges utfordringer med smertelindring på sykehus, men har ikke erfaring med smerteteam. For forståelsen gir god forutsetning for å forstå utfordringene sykepleierne i smerteteam møter, og for å stille oppklarende spørsmål under intervjuene. For forståelsen kan også medvirke til at momenter blir oversett eller undervurdert.

Vi tilstrebet å redusere denne risikoen ved å klarlegge for forståelsen gjennom hele forskningsprosessen, og ved å inkludere alle forfatterne i analyseprosessen (13, 14). Sisteforfatteren er spesialsykepleier med erfaring fra en intensivavdeling. Muligheten for at andre kan analysere og tolke annerledes er likevel til stede.

Vi valgte informantene fordi de hadde lang arbeidserfaring fra smerteteam og dermed kunne synliggjøre og utdype spesialsykepleieres erfaringer med å lindre smerter hos rusavhengige pasienter. Alle ble informert om at vi ønsket å få frem både deres positive erfaringer og utfordringer. Likevel kom det frem mest positive beskrivelser, noe som tyder på at informantenes erfaringer fra arbeidet i smerteteam var overveiende positivt.

På den annen side kunne intervjuerne ha stilt flere spørsmål om utfordringer. Det er en kjent tendens at informanter svarer positivt på spørsmål i forskningsintervjuer (13). Vi vet ikke om denne tendensen har påvirket funnene i vår studie, men det er uansett noe man bør være oppmerksom på. Vi opplevde at dynamikken mellom informantene og intervjuerne var god, og informantene delte villig sine erfaringer.

Det er en styrke at det ikke er publisert tilsvarende studier i Norge, og det er behov for kunnskap basert på erfaringer fra spesialsykepleiere i smerteteam.

Konklusjon

Erfaringene fra spesialsykepleiere i smerteteam viser at smertelindring til rusavhengige pasienter er avhengig av tillit, kompetanse og samarbeid for at pasienten skal løses trygt gjennom sykehusinnleggelsen. Tid til pasienten er en suksessfaktor og et privilegium spesialsykepleierne i smerteteamet har.

Helsepersonell på sengeposter har behov for økt kompetanse for å møte den rusavhengiges behov for smertelindring. Helsepersonell finner støtte i smerteteamet, både når de har farmakologiske spørsmål, og når de skal utarbeide individuelle behandlingsplaner, men også når det gjelder hvordan de kan etablere tillitsforhold og anvende åpen kommunikasjon med den rusavhengige pasienten.

Godt samarbeid mellom helsepersonell og smerteteam er nødvendig under sykehusinnleggelsen for å gi adekvat smertelindring og helhetlige pasientforløp. Smerteteamet har også en unik rolle ved å tilrettelegge oppfølgingsplaner etter utskrivelse.

Det kan være interessant å undersøke den rusavhengiges erfaringer med smerteteam i senere studier. I tillegg kan man undersøke om helsepersonell får mer kunnskap om smertelindring til rusavhengige ved å samarbeide med smerteteam.

Referanser

1. Blay N, Glover S, Bothe J, Lee S, Lamont F. Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012;42(2):289–97.
2. Organization WH. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 01/2018. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> (nedlastet 19.04.2018).
3. Fredheim OMS, Nøstdahl T, Nordstrand B, Høivik T, Rygnestad T, Borchgrevink PC. Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2010;130(7):738–40.
4. Wintle D. Pain management for the opioid-dependent patient. *Br J Nurs*. 2008;17(1):47–51.
5. Den norske legeforening. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening; 2009. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf> (nedlastet 14.12.2017).

6. Duelund S, From M, Bastrup L. Smerteteam inddrager pasienter med kroniske smerter i postoperativ smertebehandling. Sygeplejersken. 2014;114(14):76–80.
7. Li R, Andenæs R, Undall E, Nåden D. Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. Sykepleien Forskning. 2012(3):252–60. DOI: [10.4220/sykepleienf.2012.0131](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131)
8. McCreaddie M, Lyons I, Watt D, Ewing E, Croft J, Smith M, et al. Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. J Clin Nurs. 2010;19(19–20):2730–40.
9. Morgan BD. Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. Pain Manag Nurs. 2014;15(1):165–75.
10. Morley G, Briggs E, Chumbley G. Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. Pain Manag Nurs. 2015;16(5):701–11.
11. Helsedirektoratet. Veileder IS-2190. Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. I: Helsedirektoratet, red. Oslo; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf> (nedlastet 19.02.2019).
12. Ljoså TM, Undall E. Akuttsmerteteam (AST) i HSØ. Sykehuset Telemark; 2018 [PP-presentasjon fra en konferanse]. Tilgjengelig fra: https://docs.wixstatic.com/ugd/1c047b_9e9ab7b9bb5f4d7e8bbfdd8323b1572d.pdf (nedlastet 19.04.2018).
13. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.

14. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
15. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 14.12.2017).
16. Nielsen AS. Behandlingsarbejde i team: teambaseret behandling med behandlerrotation. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
17. Skau GM. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
18. Liberto LA, Fornili KS. Managing pain in opioid-dependent patients in general hospital settings. *Medsurg Nurs.* 2013;22(1):33.
19. Krokmyrdal KA, Andenæs R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study. *Nurse Educ Today.* 2015;35(6):789–94.
20. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
21. Stubberud D-G, Eikeland A, Sjøbjerg IL. Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
22. Eide H, Eide T, Keeping D, Eide E. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.

23. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 15.02.2019).

24. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.

25. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (nedlastet 14.12.2017).