

Masteroppgave

Master i spesialsykepleie
med spesialisering i akuttsykepleie

November 2023

Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt
smertebehandling til LAR-pasienter,
et kunnskapsbasert undervisningsprogram.

Kandidatnavn: Nina Sundeng Furholt
Emnekode: MASY5900

Antall ord: 16 621

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Arbeidet med å skrive masteroppgave har vært krevende og utfordrende, men samtidig enormt lærerikt. Å utarbeide et kvalitetsarbeid og undervisningsprogram om akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter har vært givende, da dette er et tema som ligger kandidatens hjerte nært.

Jeg vil rette en takk til mine veiledere Stig Tore Bogstrand og Camilla Oland Liseth Hermann. Både Stig Tore og Camilla begge har veiledet og kommet med gode råd og innspill i hvordan et kvalitetsarbeid skal utformes, og konkrete og konstruktive tilbakemeldinger har vært gode bidrag for meg til å holde på strukturen og den røde tråden i oppgaven. Jeg setter spesielt stor pris på Stig Tore sin inngående kunnskap og engasjement om temaet for oppgaven.

Takk til mine kollegaer som deltok i pilotutprøvingen av undervisningsprogrammet ved mitt tidligere arbeidssted. Takk til mine kollegaer ved akuttmottaket ved Akershus Universitetssykehus for støtte og råd i skriveprosessen, og til avdelingsledelsen for tilrettelegging av turnus slik at jeg skulle kunne fullføre masteroppgaven.

Det å skrive masteroppgave som småbarnsmor har vært særdeles krevende. Jeg vil derfor rette en stor takk til min ektemann som har vist meg enorm støtte og gjort en fabelaktig jobb på hjemmebane med våre to sønner, slik at jeg kunne jobbe med oppgaven til alle døgnets tider. I tillegg har familie og venner stilt opp både for kjernefamilien, men også som støtte i hektiske tider. Jeg er enormt takknemlig for deres støtte, forståelse og tålmodighet. Jeg hadde ikke klart dette uten dere!

Tusen takk!

Navn: Nina Sundeng Furholt

Dato: 10.11.23

Tittel: Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter, et kunnskapsbasert undervisningsprogram.

Sammendrag

Bakgrunn

Å behandle akutte smertetilstander hos LAR-pasienter er både komplekst og krevende, blant annet på grunn av nevrobiologiske endringer som følger av deres rusmiddellidelse. Akuttsykepleierens kunnskap og kompetanse om disse kompliserende faktorene og anbefalinger for smertebehandling påvirker behandlingen pasienten får. Hensikten med kvalitetsarbeidet er å utarbeide et undervisningsprogram som kan bidra til å heve akuttsykepleierens kompetanse i akutt smertebehandling til LAR-pasienter. Akuttsykepleiere har både et etisk og juridisk ansvar for å utføre kvalitetsarbeid.

Metode

Metoden er kvalitetsforbedringsarbeid som tar utgangspunkt i modell for kvalitetsforbedring. Det er utarbeidet et undervisningsprogram ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen.

Resultater

Masteroppgaven er et kunnskapsbasert undervisningsprogram, basert på systematiske kunnskapssøk og relevant litteratur. Det er gjennomført en pilotutprøving på deler av undervisningsprogrammet.

Konklusjon

Et undervisningsprogram kan være et hensiktsmessig kvalitetsforbedringstiltak da det kan bidra til å heve akuttsykepleierens kompetanse, og dermed ivareta pasientsikkerhet og kvaliteten på helsetjenesten.

Nøkkelord

Akuttsykepleie, LAR-pasienter, smertebehandling, kunnskapsbasert praksis, undervisning

Name: Nina Sundeng Furholt

Date: 10.11.23

Title: Emergency nurse's role and responsibilities on acute pain management in patients in opioid substitution therapy, an educational program.

Summary

Background

Treatment of acute pain in patients in opioid substitution therapy is complex, because of the neurobiological effects of their drug use disorder. The emergency nurse's knowledge and competence about this complexity and the recommendations for pain management, will affect the treatment. The purpose of developing this educational program, is to enhance the emergency nurse's competence on pain management in patients in opioid substitution therapy. Emergency nurses has both ethical and legal responsibilities in fulfilling their duties in quality improvement.

Method

The method is quality improvement work, based on the model for quality improvement. The candidate has created a teaching program, utilizing the didactic relationship model.

Results

This Master's thesis is a knowledge-based teaching program, based on systematic knowledge searches and relevant literature. Parts of the teaching program has been tried out in a pilot test.

Conclusions

A teaching program is an appropriate form of quality improvement project, and it can help increase the competence of emergency nurses and strengthen patient safety and the quality of healthcare.

Keywords_

Emergency nursing, management of pain, evidence-based practice, educational intervention

BEGREPSAVKLARINGER OG DEFINISJONER	
Smerte	«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Danielsen, Berntzen & Almås, 2020, s.383).
Akutt smerte	Akutt smerte oppstår ved plutselig vevsskade, eksempelvis ved bruddskade. Smertefølelsen er kortvarig og avtar når vevsskaden leges (Dihle, 2021, s.90).
Smertebehandling	Smertebehandling er de tiltakene som rettes mot smerte. Dette kan være både medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Dihle, 2021, s.101)
Toleranse	Toleranse vil si nedsatt følsomhet for et legemiddel. Toleransen øker i takt med kontinuerlig eller hyppig bruk over tid, og det kreves stadig større doser av legemiddelet for å oppnå ønsket effekt fordi stoffet brytes ned raskere og effekten vil dermed være kortere (Simonsen, 2016, s.26)
Opioidagonist	Stoffer som stimulerer opioidreseptorene. Dette er blant annet heroin, metadon, morfin, kodein, oksykodon og fentanyl (Nasjonal kompetansetjeneste TSB,2021).
Partiell opioidagonist	Partielle agonister, eksempelvis buprenorfin, har begrenset påvirkning av μ -reseptoren, og gjør at systemet ikke blir fullt stimulert selv om alle reseptorene er dekket (Nasjonal kompetansetjeneste TSB,2021).
Opioidantagonist	Stoffer som binder seg til opioidreseptorene, men som ikke stimulerer dem, eksempelvis nalokson. Opioidantagonister binder seg sterkere til reseptorene enn agonistene og fortrenger agonistene som allerede er bundet til reseptoren, og man kan på bakgrunn av denne effekten bruke nalokson som antidot ved overdoser med opiater (Nasjonal kompetansetjeneste TSB,2021).

Abstinenser	Abstinenser er tegn og symptomer som oppstår grunnet brå seponering eller rask reduksjon av et stoff man er avhengig av. Symptomene er blant annet agitasjon, urolighet, muskelverk, hodepine oppkast og diaré med mer (Simonsen, 2016, s.29).
-------------	--

INNHOLD

1.0 Innledning.....	s.1
1.1 Presentasjon av valgt tema og problemstilling.....	s.1
1.2 Behovet for kvalitetsarbeidet.....	s.2
1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensing.....	s.3
2.0 Teori.....	s.5
2.1 Rusmiddelavhengighet.....	s.5
2.1.1 Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv.....	s.5
2.1.2 Nevrobiologiske perspektiver.....	s.7
2.1.3 Opioidavhengighet.....	s.10
2.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	s.11
2.3 Smerteopplevelse og behandling av smerte hos LAR- pasienter.....	s.12
2.4 Akuttisykepleierens funksjons og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter.....	s.13
3.0 Kvalitetsarbeid.....	s.15
3.1 Kvalitetsforbedring.....	s.16
3.2 Modell for kvalitetsforbedring.....	s.17
3.3 Kompetanseutvikling som kvalitetsforbedringsmetode.....	s.20
3.3.1 Undervisning.....	s.21
3.3.2 Den didaktiske relasjonsmodell.....	s.22
3.4 Akuttisykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid.....	s.24
3.4.1 Akuttisykepleierens pedagogiske funksjon.....	s.25
4.0 Forberede og planlegge.....	s.27
4.1 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikt.....	s.27
4.2 Kvalitetsarbeidets målsetting, målgruppe og eventuelle kvalitetsindikatorer.....	s.27

4.3 Kunnskapssøk.....	s.28
4.3.1 Forskningskunnskap.....	s.31
4.3.2 Erfaringskunnskap.....	s.41
4.3.3 Pasientkunnskap.....	s.41
4.3.4 Kildekritikk.....	s.42
4.3.4.1 Inklusjonskriterier.....	s.43
4.3.4.2 Eksklusjonskriterier.....	s.53
5.0 Å utarbeide et undervisningsprogram om akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter.....	s.55
5.1 Akuttsykepleierens læreforutsetninger.....	s.55
5.2 Aktuelle ramme faktorer.....	s.56
5.2.1 Ytre ramme faktorer.....	s.57
5.2.2 Indre ramme faktorer.....	s.58
5.3 Målet med undervisningsprogrammet.....	s.58
5.4 Undervisningens innhold.....	s.60
5.4.1 Forelesning.....	s.62
5.4.1.1 Introduksjon til undervisningsprogrammet.....	s.62
5.4.1.2 Rusmiddelavhengighet.....	s.63
5.4.1.3 Smerte og smerteopplevelse hos LAR-pasienter.....	s.64
5.4.1.4 Akuttsykepleierens funksjons og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter.....	s.66
5.4.1.5 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved kartlegging av smerter og avhengighetstilstand.....	s.68
5.4.1.6 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved administrering av smertebehandling.....	s.70
5.4.2 Gruppearbeid med refleksjonsoppgaver.....	s.74
5.5 Læreprosessen / undervisningsmetoder.....	s.74
5.5.1 Motivering.....	s.76

5.5.2 Aktivisering.....	s.76
5.5.2.1 Aktiviserende forelesning.....	s.77
5.5.2.2 Arbeidshefte.....	s.78
5.5.3 Konkretisering.....	s.79
5.5.3.1 Teoretisk undervisning.....	s.79
5.5.3.2 PowerPoint som læringsmiddel.....	s.79
5.5.4 Individualisering.....	s.81
5.5.5 Samarbeid.....	s.82
5.5.5.1 Gruppearbeid.....	s.82
5.6 Vurdering.....	s.82
6.0 Presentasjon av undervisningsprogrammet.....	s.85
7.0 Utføre og evaluere undervisningsprogrammet.....	s.103
7.1 Læreforutsetninger.....	s.104
7.2 Rammefaktorer.....	s.104
7.3 Målet med undervisningsprogrammet.....	s.105
7.4 Undervisningens innhold.....	s.106
7.5 Læreprosessen / undervisningsmetoder.....	s.108
7.6 Vurdering av pilotundervisningen.....	s.109
8.0 Etske overveielser.....	s.110
8.1 Akuttsykepleierens holdninger til kvalitetsarbeid og læring.....	s.110
8.2 Ivaretagelse av etiske prinsipper.....	s.111
9.0 Hvordan følge opp kvalitetsarbeidet?.....	s.114
10.0 Konklusjon.....	s.116
Litteratur.....	s.117

1.0 Innledning

I denne masteroppgaven har kandidaten laget et undervisningsprogram basert på den didaktiske relasjonsmodell. Oppgaven er et kvalitetsarbeid og tar derfor utgangspunkt i modell for kvalitetsforbedring. Temaet for undervisningsprogrammet er smertebehandling til LAR-pasienter.

1.1 Presentasjon av valgt tema og problemstilling

Ifølge tall fra Folkehelse rapporten var det i 2020 18.203 pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet og 7900 pasienter var ved inngangen av år 2020 under legemiddelassistert rehabilitering, LAR (Lund, Bye & Sandøy, 2022).

Å behandle akutte smertetilstander hos pasienter med opioidavhengighet er komplekst og krevende, da rusmiddelavhengigheten stimulerer neurobiologiske endringer som bidrar til å utvikle legemiddeltoleranse og forsterke smerteopplevelsen (Mørland & Waal, 2016). I tillegg til disse responsene, vil også atferdsmessige og sosiale aspekter utfordres og være med på å komplisere situasjonen (Den Norske Legeforening, 2009; Danielsen Berntzen, & Almås, 2020; Mørland & Waal, 2016; Oslo Universitetssykehus [OUS], 2021). Akuttmottak er ofte preget uforutsigbarhet, samtidighetskonflikter og tidsnød, alle faktorer som er med på å utfordre helhetlig omsorg til pasienter (Engebretsen, 2020, s.492). Det er helt essensielt at akutt sykepleiere er bevisst på disse faktorene og har kunnskap om kompleksiteten i smertebehandlingen til denne pasientgruppen. På bakgrunn av dette har kandidaten utviklet et undervisningsprogram om dette temaet til sykepleiere og spesialsykepleiere i akuttmottak.

Oppgavens problemstilling er:

Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter, et kunnskapsbasert undervisningsprogram.

1.2 Behovet for kvalitetsarbeidet

I 2004 ble Rusreformen innført (Helsedepartementet, 2004). Reformen skulle sørge for at rusmiddelavhengige fikk de samme pasientrettighetene og behandlingstilbudene som andre pasienter, og behovet for økt kvalitet og kompetanseheving rundt pasienter med rusmiddelavhengighet ble tydeliggjort. Blant annet ble det pekt på store variasjoner blant enkelte yrkesutøvere og ulik praksis på ulike steder, der manglende rutiner og retningslinjer, begrenset erfaring og faglig kunnskap, samt helsepersonellens holdninger og personlige oppfatninger ble dratt frem som hovedårsakene til dette (ibid.).

Forskning viser at mangel på kunnskap om pasientgruppen og behandling er en av de største barrierene for tilstrekkelig smertebehandling, og det må bli et betydelig økt fokus på kompetanseheving gjennom prosjekter og undervisning, samt standardisering av retningslinjer og behandling (Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet, 2022b).

Ved mindre lokalsykehus møter man LAR-pasienter i mindre grad enn ved storbysykehus og pasientgruppen vurderes som lite kjent for helsepersonellet. I tillegg ligger det også ofte begrensninger i tilgangen på ressurser ved mindre sykehus, som smerteteam eller spesialister innen feltet. Behandlingen vil derfor ofte basere seg på ansvarlig lege sine preferanser. På bakgrunn av slike begrensninger, kan pasienten oppleve å ikke få den behandlingen de har krav på (Helsedirektoratet, 2022b). Målet med dette undervisningsprogrammet er derfor å gi akuttsykepleiere

hensiktsmessig kompetanse, slik at man får utøvd en faglig forsvarlig helsehjelp til LAR-pasienter med behov for akutt smertebehandling.

1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Masteroppgaven fokuserer på akuttsykepleierens funksjon og ansvar for smertebehandling til LAR-pasienter ved akutte smertetilstander, eksempelvis kirurgiske problemstillinger med forventet høy smerteintensitet. Smertebehandling til LAR-pasienter er et komplekst problemområde med mange aktuelle og spennende temaer som kan inkluderes. Det er på bakgrunn av oppgavens fokus og begrensinger valgt ut noen områder som er hensiktsmessig å ha kunnskap om i akuttsykepleierens arbeidshverdag, se kapittel 5.

Målgruppen for undervisningen er sykepleiere og spesialsykepleiere som jobber i akuttmottak. Disse vil bli omtalt som akuttsykepleiere gjennom oppgaven. Grunnleggende smertefysiologi vil ikke bli beskrevet, da dette forutsettes kjent for akuttsykepleierne, men det vil bli gjort redegjort for smertefysiologi hos pasienter med opioidavhengighet, da rusmiddelavhengigheten påvirker individets fysiologi i stor grad og gjør smerteopplevelsen deres annerledes enn hos opioidnaive.

Det er vurdert som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i prosedyren «Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider» (OUS, 2021) da denne prosedyren er gjeldende ved sykehuset der sykehuset skal anvendes. Pasienter som behandles med substitusjonspreparater er en del av målgruppen i prosedyren. Det fokuseres på de områdene som er mest aktuelle i akuttsykepleierens arbeidshverdag, herunder kartlegging av smerter og avhengighetstilstand, samt generelt om fremgangsmåte ved smertebehandling til pasientgruppen da det vurderes som viktig at akuttsykepleierne har kjennskap til anbefalingene.

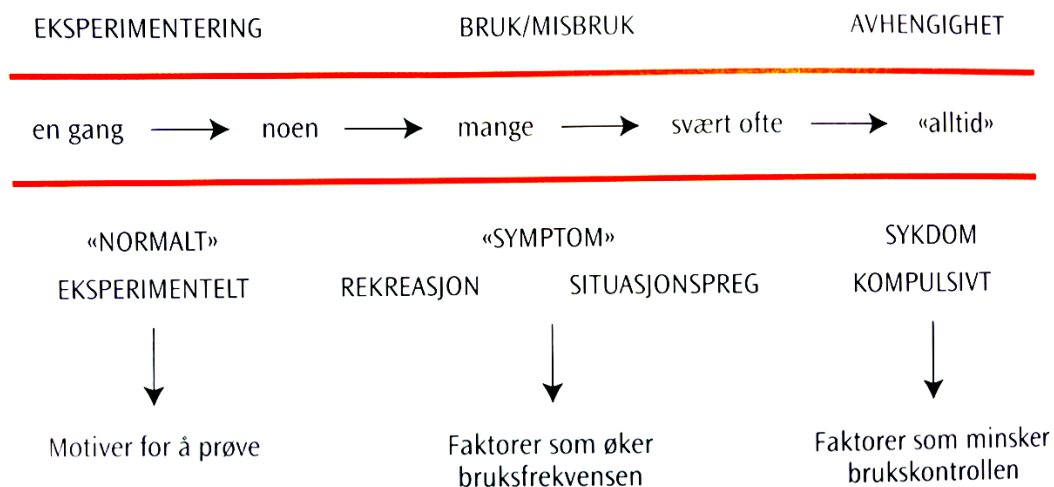
Oppgaven presenteres som en monografi. I kapittel 1 presenteres valg av tema og problemstilling presentert, samt redegjørelse for behovet for undervisningsprogrammet. Kapittel 2 inneholder teoridelen, der kandidaten gjør rede for rusmiddelavhengighet og rusmiddelproblemer i biopsykososiale og nevrobiologiske perspektiver. Opioidavhengighet, legemiddelassistert rehabilitering, smerter smertebehandling av LAR-pasienter. Kapittel 3 inneholder teori omkring kvalitetsarbeid. Kapittel 4 omhandler forberedelses- og planleggingsfasen, med blant annet kunnskapssøk. I kapittel 5 vil det gjøres rede for utarbeidelsen av undervisningsprogrammet, undervisningens innhold, læreprosessen/undervisningsmetoder og vurdering. I kapittel 6 vil undervisningsprogrammet legges frem i form av utarbeidet PowerPoint-presentasjonen som vil bli benyttet i undervisningsprogrammet. I kapittel 7 vil det redegjøres for utførelses- og evalueringsfasen, kapittel 8 omhandler etiske overveielser. I kapittel 9 greies det ut om hvordan kvalitetsarbeidet skal følges opp, med påfølgende konklusjon i kapittel 10.0.

2.0 Teori

I dette kapitlet presenteres bakgrunnsteorien for undervisningsprogrammet. Det vil dreie seg om rusmiddelavhengighet, LAR, smerte og smertebehandling

2.1 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet blir forklart som et fenomen der kognitive, atferdsmessige og fysiologiske komponenter styrer pasientens atferd og handlinger (Mørland & Waal, 2016, s.20; Simonsen, 2016, s.25). Inntaket av rusmidler er gjentakende og tvangsmessig, tross av de negative konsekvensene det gir for individets liv og helse (Simonsen, 2016, s.56).



Figur 2.1 Utvikling av rusmiddelbruk fra prøving til avhengighet (Mørland & Waal, 2016, s. 22)

2.1.1 Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv

Mørland & Waal (2016, s.25) mener det er viktig at man har en nyansert forståelse for avhengighet og hvilken betydning avhengighetstilstanden har for ulike mennesker i ulike situasjoner.

I hjernen skjer det nevrobiologiske endringer beskrevet i kapittel 2.1.2, men man må være bevisst på at individets rusmiddelbruk skjer i en psykososial sammenheng som er formet og påvirket av individets opplevelser og erfaringer, som er med på å påvirke individets atferd og dets konsekvenser (Mørland & Waal, 2016, Simonsen, 2016, s.56). Mørland og Waal (2016) presenterer seks ulike modeller man kan ta utgangspunkt i for å forstå hvordan personene vi møter utviklet et rusproblem. Disse modellene kompletterer og overlapper hverandre, og bør derfor ses i sammenheng med hverandre.

Tabell 1: Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv (gjengitt etter Mørland & Waal, 2016, s 47-56)

1. Normativ svikt som bakgrunn
<ul style="list-style-type: none"> - normativ skjevutvikling og manglende motforestillinger - det uheldige ved bruken må ses ut fra verdier som har betydning for brukeren
2. Problemer som bakgrunn
<ul style="list-style-type: none"> - rusproblemet er et symptom på og en følge av sosiale og psykiske vansker - man må forstå unike vansker og lidelser individet har, og forstå den generelle rustrangen og nødvendigheten av strategier for denne
3. Innlært atferd som bakgrunn
<ul style="list-style-type: none"> - utvikling av automatiserte atferdsformer - rusmiddelbruk starter fordi «noe» har vekket en trang eller lyst - rusbruken knyttes sammen med atferdsformer som føles naturlige slik at personen utfører handlingene nesten uten å være klar over det eller ta bevisste standpunkter for det

4. Identitetsutvikling som bakgrunn

- vektlegger utviklingen av kognisjon og samspillet mellom kognisjon og atferd
- avhengighet er en følge av et kognitivt univers, hvor alternativ atferd enten krever tiltak og handlinger som brukeren ikke makter, eller står for fjernt fra hans eller hennes måte å tenke og føle på

5. Sosial sammenheng som bakgrunn

- avhengighetspreget atferd må forstås kontekstuellt. Individets atferd blir bare forståelig i en sosial sammenheng
- når individet ikke makter, eller ikke makter å ønske å bryte med rusmiddellivet, har dette sammenheng med individets funksjon og relasjoner med hensyn til identitet og tilhørighet, samt med hensyn til sosiale erfaringer og kompetanse

6. Et filosofisk perspektiv som bakgrunn

- forklarer bruken på bakgrunn av allmenngyldig forståelse av hvorledes mennesker orienterer seg i tilværelsen
- rusmiddelet aktiverer tenningsmekanismer og endrer verdisettingen slik at valg ikke kan ses på som rasjonelle. Dette forklarer også hvorfor mange avhengige fremstår som ambivalente fordi det er et skifte i verdisettingen

2.1.2 Nevrobiologiske perspektiver

Gjentatt bruk av et rusmiddel skaper og opprettholder en utstrakt bruk og avhengighet gjennom å indusere langvarige nevroplastiske endringer (Lossius, 2021, s.26; Mørland & Waal, 2016, s.18-19). Disse endingene er en følge av prosesser som skjer i nevronene, som leder til endring i nevronenes funksjon og eventuelt struktur, eksempelvis kan endringene

føre til toleranseutvikling eller såkalt sensitivisering, som er en forsterket rusmiddeleffekt (Simonsen, 2016). Mørland og Waal (2016) presenterer nevrobiologiske endringer som følger av gjentatt rusmiddelinntak, illustrert i tabell 2.

Tabell 2: Nevrobiologiske endringer som følger av gjentatt bruk av et rusmiddel (gjengitt etter Mørland & Waal, 2016, s.33-44)

Endring av dopaminerge nevroner	
Konsekvens	Hva skjer i hjernen?
Øker individets bruk av et rusmiddel ved å gjøre det mer imperativt	Forsterkning av rusmiddelrelaterte signaler, såkalte «cues» (=varsler kommende rusmiddelinntak) <ul style="list-style-type: none"> - Gir sterk trang til å skaffe og bruke rusmiddelet («drug wanting») - Gjentatt tilførsel av rusmiddelet senker belønningseffekten («drug liking»)
	Belønning erstattes av vane <ul style="list-style-type: none"> - Betydningen av «cues» og kontekst bruken foregår i har økt betydning (eksempelvis klargjøring av sprøyte) da slike «cues» stimulerer til økt dopaminfrigjøring
	Endringer i prefrontalkorteks (PFC) og andre nevronnettverk <ul style="list-style-type: none"> - Atferdsendringer som svekket impuls kontroll, redusert evne til å ta gode og hensiktsmessige valg, redusert atferdsmonitorering og kontroll, sviktende evne til å innse åpenbare uheldige konsekvenser og rusmiddelsøkende atferd

<p>Kan utvikle sterkt trang til rusmiddelbruk («cravings») etter avsluttet bruk</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulerer følelsen av betydningen og viktigheten knyttet til tidligere rusmiddelinntak - Ett eller få inntak kan føre til den atferden personen hadde da avhengigheten var på det mest aktive. - Personer med tidligere rusmiddelavhengighet bør derfor helst ikke utsettes for inntak av potensielt rusgivende medikamenter (spesielt opioider eller benzodiazepiner) <p>Økt risiko for «cue»-relatert tilbakefall da de kan gi forsterkede signaler om belønning og viktighet av rusmiddelbruk, samt vanskelig vurdering av konsekvenser om omkostninger</p>
<p>Påvirkning av rusmiddelets belønningseffekt og stemningshevende virkning («drug liking»)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toleranseutvikling - Endringene varer lengre enn rusmiddelets effekt og fremstår derfor med virkning motsatt av ruseffekt, da det frigjøres mindre dopamin i de områdene i hjernen som vurderer belønning etter inntak av rusmidler
<p>Det basale stemningsleiet preges av anhedoni (manglende evne til lystfølelse) og dysfori (nedstemthet)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for å øke rusmiddeldosen for å oppnå belønning, såkalt selvmedisinering. - nedreguleringen varer lengre enn rusmiddeleffekten, vil man få abstinensreaksjon straks rusmiddelet er ute av kroppen.

Endring av mesolimbiske nevroner og andre hjerneområder	
Konsekvens	Hva skjer i hjernen?
Følelse av ubehag og stress	Ved langvarig rusmiddeltilførsel vil aktiviseringen av antistressneuropeptid i amygdala bli redusert, og kan føre til angst ved opphør av rusmiddelbruk.
Endringer i locus coeruleus (LC) og andre overordnede sentre i det autonome nervesystemet	
Konsekvens	Hva skjer i hjernen?
Toleranseutvikling for rusmiddelets hemmende effekt på CL-aktivitet	<p>- ved økt aktivitet i LC, øker også aktiviteten i det perifere nervesystem (raskere hjerteaksjon, blodtrykksstigning, økt kroppstemperatur, svetting og «gåsehud»)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkeltdoser opioider, benzodiazepiner, alkoholer og barbiturater hemmer aktiviteten i CL - Nevroplastiske mekanismer øker aktiviteten i CL slik at den hemningen som rusmidlene fører med seg balanseres ved å oppregulere aktiviteten i noradrenerge nevroner i LC <p>→ LC-aktiviteten normaliseres når rusmiddelet er til stede</p>

2.1.3 Opioidavhengighet

Opioidavhengighet er avhengighet til stoffer som binder seg til og stimulerer opioidreseptorer μ , κ og δ i sentralnervesystemet (Mørland & Waal, 2016, s.158). Opioidholdige analgetika er vært vanedannende stoffer som er utviklet for å gi en smertedempende effekt, og som har en morfinliknende virkning. Dette kan være preparater som morfin, kodein, fentanyl, metadon, buprenorfin og heroin (Helsedirektoratet, 2016; OUS,

2021). Vanlige virkninger og bivirkninger av opioidavhengigheten er ustabil emosjonell atferd og humørsvingninger, psykomotorisk retardasjon, nedsatt hukommelse og konsentrasjon og i ytterste konsekvens respirasjonsdepresjon (Mørland & Waal, 2016 s.162-163).

2.2 Legemiddelassistert rehabilitering

«Legemiddelassistert rehabilitering er tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp» (LAR-forskriften, 2009, § 3).

Hovedmålsettingen er å bidra til rehabilitering ut ifra den enkelte pasients forutsetninger og muligheter, og tar sikte på å hjelpe den enkelte til å gradvis oppnå sitt best mulige helsemessige, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå (Ervik & Biong, 2018; Haga, 2021; Helsedirektoratet, 2022a; Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2021; Norsk elektronisk legehåndbok [NEL], 2022).

Målgruppen for legemiddelassistert rehabilitering er personer som er diagnostisert med opioidavhengighet. Det grunnleggende medisinske behandlingsprinsippet i substitusjonsbehandling er å sørge for en stabil binding av legemidler til opioidreseptorene i sentralnervesystemet. Dette gjøres gjennom å erstatte brukerens uregelmessige, illegale bruk av opioider, med en regelmessig administrasjon av langtidsvirkende opioider. Dette bidrar til en dempet rustrang, forhindret abstinensutvikling samt en økt mulighet for en vellykket rehabilitering (Haga, 2021, s.367; Helsedirektoratet, 2022a). Legemidlene som brukes i LAR er Metadon og buprenorfin. Disse legemidlene er syntetisk fremstilt opioider som svært avhengighetsskapende og har stor gateverdi (Helsedirektoratet, 2022a; NEL, 2022).

Tabell 3:

Preparater i LAR (gjengitt etter Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2021)

Buprenorfin
Suboxone® (førstevalg i LAR), Subutex, Temgesic, Norspan, Bugnanto, Buprefarm, Buprenorphin, Bunaloct og Vividal
-sterktvirkende opioid som bindes til μ -opiatreseptorer -brukes både i smertebehandling og i LAR som substitusjonsbehandling - finnes som sublingualtabletter, injeksjonsvæske og plaster -kan knuses og injiseres: er derfor utviklet et preparat som kombinerer buprenorfin med opioidantagonisten naloxon (Suboxone®) -dosering: sublingualtabletter, 8-24 mg/døgn -lang virkningstid, kan doseres annenhver til hver tredje dag
Metadon
-sterkt syntetisk opioid, benyttes også i behandling av sterke smerter -finnes både som mikstur og tabletter: mikstur er mest brukt i LAR for å lettere overvåke at pasienten inntar medikamentet i sin helhet -dosering: 80-120 mg/døgn -god absorpsjon og sen metabolisme, noe som innebærer at dosen kan inntas en gang per døgn NB! Effekten øker i takt med dosen som inntas, og den blokkerer ikke andre opioider. En eventuell kombinasjon med andre legale eller illegale rusmidler, gjør at risikoen for overdosering av metadon er større enn ved bruk av buprenorfin

2.3 Smerteopplevelse og behandling av smerte hos LAR-pasienter

Ved langvarig bruk av opioider, hemmes utskillelsen av endorfiner i hjernen. Som følger av dette, senkes brukerens smerteterskel og smerteopplevelsen øker (Dihle, 2021, s.89). Individet står dermed i fare for å utvikle det som omtales som opioidindusert hyperalgesi. Hyperalgesi

kjennetegnes ved at pasienten har en unormalt høy sensitivitet for smerte og en senket smerteterskel på endringer i sentralnervesystemet som medfører økt følsomhet i de nociseptive reseptorene i et område (Dihle, 2021,s.89; OUS, 2021). Denne overfølsomheten gir også utslag ved lettere smertestimuli, noe som innebærer at selv lett stimuli kan medføre uutholdelige smerter for individet. Dette fenomenet blir i litteraturen omtalt som sensibilisering eller sensitisering, og skyldes frigjøring av smertesignaler fra skadd vev (Dihle, 2021; OUS, 2021).

Utvikling av hyperalgesi, sensitisering og toleranse skjer ofte parallelt og gjør at pasienten kan oppleve mer smerte enn forventet. I tillegg kan abstinenser i seg selv fremkalle smerte (Dihle, 2021, s.89). Studier viser at personer som mottar substitusjonsbehandling eller som regelmessig bruker opioider ikke nødvendigvis opplever smerte hyppigere enn andre. Men allikevel oppleves smerten som mer intens grunnet de fysiologiske forandringene som skjer i smertereseptorene hos denne pasientgruppen (Danielsen et al, 2020; OUS, 2021; Simonsen, 2016). På grunn av toleranseutvikling og økt smertesensitivitet vil det ofte være nødvendig med høyere doser av legemidler og eventuelt i andre kombinasjoner, enn hos opioidnaive (Den norske legeforening, 2009; Dihle, 2021; OUS, 2021).

2.4 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter

Akuttsykepleiere har et personlig, faglig og juridisk ansvar for smertebehandling til pasienter (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2023). I dette ligger det blant annet et ansvar for å observere, kartlegge og vurdere, samt lindre og evaluere pasientens smerter (Danielsen et al., 2020; Dihle, 2021; Nordtvedt & Grønseth, 2017). Sykepleieutøvelsen må basere seg på kunnskapsbasert praksis og være faglig forsvarlig. Det å

jobbe i et akuttmottak kan til tider være svært krevende og hektisk, og mange akuttsykepleiere kan føle at de ikke strekker til for å ivareta pasientens sine grunnleggende behov. Akuttmottaket er pasientens første møte med sykehuset, og pasientens smertetilstand kan bidra til usikkerhet, angst og følelse av utrygghet og økte psykososiale behov (Engebretsen, 2020, s.495). Akuttsykepleieren må til enhver tid være fokusert og oppmerksom, og klare å ivareta både basale og akutte behov hos pasienten i et miljø preget av stress og samtidighetskonflikter (Engebretsen, 2020).

Akuttsykepleieren skal blant annet i samarbeid med lege og pasient kartlegge pasientens smerter, behov for smertebehandling samt status rundt rusmiddelbruk (Dihle, 2021; Engebretsen, 2020; OUS, 2021). I tillegg har akuttsykepleier ansvar for iverksetting og administrering av tiltak som er ordinert av lege. I dette ligger det også vurdering av virkning og bivirkninger av iverksatte tiltak, samt justering av disse (Danielsen et al., 2020). Dette ansvaret krever et tett samarbeid med pasient, lege og eventuelle ressurspersoner, som anestesipersonell, som kan konsulteres og bistå ved behov for andre tiltak for å ivareta pasientens behov for smertebehandling. De fremmer at både tverrfaglig samarbeid, men også bruk av etablerte retningslinjer er hensiktsmessig da de kan virke veiledende for akuttsykepleierens yrkesutøvelse (Danielsen et al., 2020; Engebretsen, 2020; Mørland & Waal, 2016).

3.0 Kvalitetsarbeid

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig, systematisk prosess for forbedring og utvikling i helsetjenestene, der målet er å sikre god kvalitet på tjenestene og dermed bidra til økt pasientsikkerhet. I arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet jobber man med å identifisere forbedringsområder i tjenesten, iverksette tiltak samt å sikre at tiltakene har effekt (Helsedirektoratet, 2019; Meld.St.11 (2020-2021); Stubberud,2018, s.14-15).

Kvaliteten i helsetjenesten kjennetegnes ved at de er trygge og sikre, er virkningsfulle, har god utnyttelse av ressursene, er tilgjengelige og rettferdig fordelt, er samordnet og bærer preg av kontinuitet, samt at de involverer brukeren og gir hen innflytelse (Helsebiblioteket, 2021). I den nasjonale kvalitetsstrategien illustreres disse seks dimensjonene i kvalitetsbegrepet i Kvalitetsstjernen, figur 3.0. De påpeker at dimensjonene påvirker hverandre og er avhengige av hverandre (Helsebiblioteket,2021).



Figur 3.0 Kvalitetsstjerne basert på de fire dimensjonene i kvalitetsstrategien (Helsebiblioteket, 2021)

Kvalitetsarbeid kan deles inn i to områder, kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll (Stubberud, 2018). Denne oppgaven er et kvalitetsarbeid med fokus på kvalitetsforbedring.

3.1 Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess der man driver systematisk arbeid med å avdekke kvalitetssvikt samt iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene (Helsebiblioteket, 2021; Stubberud, 2018, s.12). I Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023), påpekes viktigheten av å teste ut nytenkende og innovative tiltak og ideer i slike prosesser (Helsedirektoratet, 2019).

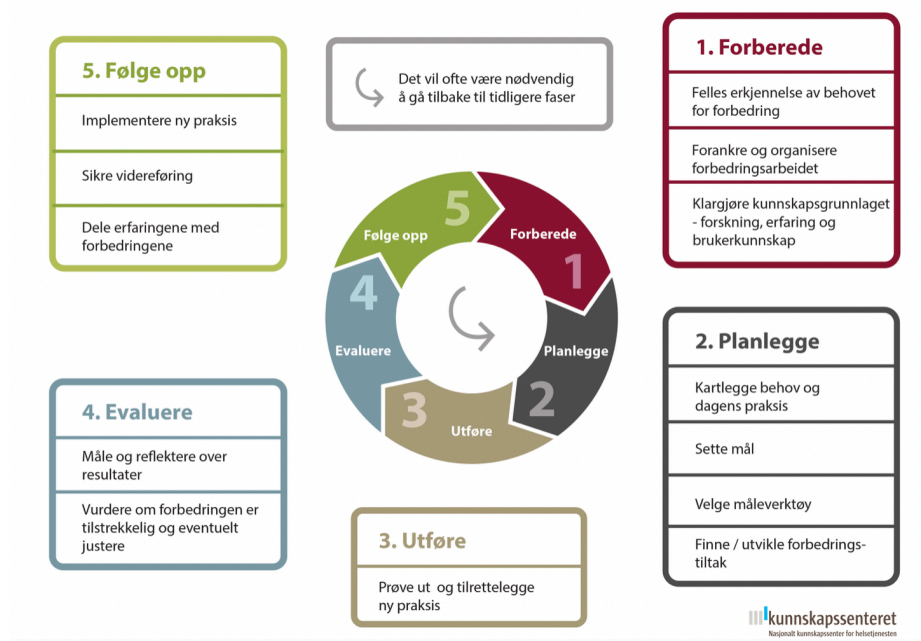
Ved å satse mer på kvalitetsforbedringsarbeid gjennom på å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet, ønsker myndighetene å unngå det som omtales som uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 11 (2020-2021), Stubberud, 2018, s.35-37).

Kvalitetsforbedringsarbeid som utvikling av prosedyrer, undervisningsprogrammer eller protokoller, kan være med på å redusere en slik uønsket variasjon, der man gir like forutsetninger, kunnskapsgrunnlag og også mer standardiserte helsetjenester til klinikerne som skal utføre helsehjelpen. I dette ligger det å omsette eksisterende kunnskap i praksis. Dette være seg forskningskunnskap, erfaringskunnskap som er systematisk innhentet, samt pasient- og brukerkunnskap som innføres eller blir en del av grunnlaget for forbedring av tjenester, prosesser og systemer (Helsebiblioteket, 2021; Stubberud, 2018).

I denne oppgaven benyttes to modeller for å arbeide med kvalitetsforbedring, en på makro- og en på mikronivå. Modellen på makronivå presenteres i kapittel 3.2 og beskriver prosessen med forbedringsarbeid i et større perspektiv, uavhengig av metode som anvendes. Modellen på mikronivå presenteres i kapittel 3.3.2, og beskriver prosessen med å utarbeide selve undervisningsprogrammet mer detaljert.

3.2 Modell for kvalitetsforbedring

Modell for kvalitetsforbedring er en modell som kan være til hjelp for å kunne gjennomføre et kvalitetsforbedringsarbeid på en strukturert og systematisk måte (Konsmo, de Vibe, Bakke, Udness, Eggesvik, Norheim, Brudvik & Vege, 2015, s.18; Helsebiblioteket, 2021). Modellen er basert på Demings sirkel, som er den mest anerkjente og brukte modellen for systematisk kvalitetsutvikling, og beskriver fasene som inngår i forbedringsarbeid; å forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp, se figur 3.2. Modellen er illustrert som en sirkel, som tydeliggjør at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess.



Figur 3.2 Demings sirkel (Konsmo et al., 2015, s.18)

Modell for kvalitetsforbedring er brukt som en makromodell for å systematisere den overordnede arbeidsprosessen med forbedringsarbeidet. De ulike fasene og underpunktene er brukt for å sikre en vellykket og systematisk gjennomføring av kvalitetsforbedringsarbeidet, se tabell 4.

Tabell 4:

Fasene i modellen for kvalitetsarbeid (gjengitt etter Konsmo et al., 2015)

Fasene	Hva går trinnet ut på?	Relevans for oppgaven
1. Forberede	Felles erkjennelse av behovet for forbedring	Masteroppgaven baserer seg på at man har erkjent behov for forbedring, kap.1.2.
	Forankre og organisere forbedringsarbeidet	Oppgaven er et eksamensarbeid ved OsloMet. Den didaktiske relasjonsmodell er benyttet for å planlegge og utvikle undervisningsprogrammet, kap. 5
	Klargjøre kunnskapsgrunnlaget (forsknings-, erfarings- og pasientkunnskap)	Det er søkt etter kunnskap via systematiske søk i databaser ut ifra Kunnskapspyramiden, se kap. 4.3.
2. Planlegge	Kartlegge behov og dagens praksis	Det finnes ingen undervisningsprogram om temaet der kandidaten jobber. Det er varierende grad av kompetanse og kunnskap hos helsepersonellet som jobber i avdelingen.

	<p>Sette mål</p> <p>Velge måleverktøy</p> <p>Finne/utvikle forbedringstiltak</p>	<p>Målet med undervisningsprogrammet er økt kunnskap og kompetanse hos akuttstyepleierne</p> <p>Måleverktøy er definerte kvalitetsindikatorer, som er utelatt da dette er et eksamensarbeid</p> <p>Undervisningsprogram er valgt som forbedringstiltak. Utformingen gjøres rede for og presenteres i kapittel 5.</p>
3. Utføre	Prøve ut og tilrettelegge ny praksis	Det er utført pilotutprøving av undervisningsprogrammet, redegjort for i kapittel 5.
4. Evaluere	Måle og reflektere over resultater Og vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	Pilotundervisningen er evaluert i kapittel 7.
5. Følge opp	Implementere ny praksis, sikre videreføring og dele erfaringene med forbedringene	Ikke aktuelt da dette er et eksamensarbeid

3.3 Kompetanseutvikling som kvalitetsforbedringsmetode

Kompetanseutvikling er en av de viktigste drivkreftene når det kommer til pasientsikkerhet, kvalitet, forsvarlighet og effektivitet i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2022b; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2).

Det må være samsvar mellom helsepersonellens kompetanse og de oppgavene de er satt til å gjøre da kvaliteten på helsetjenesten som tilbys påvirkes direkte av de ansattes kompetanse da de kontinuerlig gjør vurderinger basert på sin kompetanse (Stubberud, 2018).

Akuttsykepleierens har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert på fag og forskning innen eget funksjonsområde, men i tillegg må det tilrettelegges for denne kompetanseutviklingen fra virksomhetens side (Helsedirektoratet, 2022b; Meld.St.10. (2012-2013); Meld.St.7 (2019-2020); Meld.St.11 (2020-2021)). Virksomhetene i helse- og omsorgssektoren har et ansvar for å tilrettelegge for systematisk opplæring og fagutvikling hos de ansatte gjennom undervisning, tverrfaglige læringsarenaer, praktiske øvelser og refleksjon over praksis (Helsedirektoratet, 2019; Meld. St. 11 (2020-2021)).

Kompetanse kan defineres som den samlede kunnskapen, ferdighetene og holdningene som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver og funksjoner i samsvar med de overordnede kravene og målene som er satt for en gruppe (Stubberud, 2018). I begrepet ligger det også å kunne anvende den kunnskapen og de ferdigheter man innehar på en god og hensiktsmessig måte, samt å tilpasse sin yrkesutøvelse ut ifra den gitte situasjonen. Denne kompetansen er under stadig utvikling, og stimuleres gjennom undervisning, praktisk trening og veiledning (Stubberud, 2018). Helsemyndighetene har satt et overordnet mål om at helsetjenestene i hele landet skal ha nok personell som innehar tilstrekkelig og riktig kompetanse, da de anser dette som en forutsetning for gode, trygge og effektive helsetjenester (Helsedirektoratet, 2022b; Meld.St.11 (2020-2021)).

Helsemyndighetene ønsker at kvalitetsforbedringsprosesser skal bidra til å styrke kompetansen hos sykepleiere, da kompetanse er ensbetydende med kvalitet (Meld. St. 11 (2020-2021.)). Akuttsykepleiere har mye direkte pasientrettet arbeid, og kvaliteten på sykepleien som ytes er helt avhengig av den kompetansen akuttsykepleierens har. Akuttsykepleiere tildeles stadig nye og mer komplekse arbeidsoppgaver, og de må være i stand til å utføre disse arbeidsoppgavene i henhold til kravet om kvalitet og pasientsikkerhet.

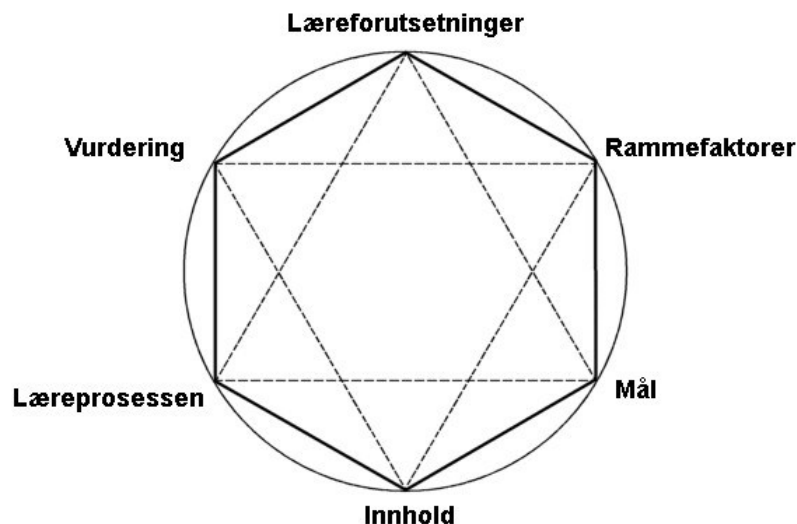
I denne oppgaven tas det utgangspunkt i akuttsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid, og deres pedagogiske funksjon, til å utarbeide et undervisningsprogram.

3.3.1 Undervisning

Undervisning er en godt etablert og hensiktsmessig metode for å oppnå et mål om økt kvalitet og kunnskap (Stubberud, 2018, s.89). Hiim & Hippe (2022, s.32) definerer undervisning som formidling av kunnskap der en tilrettelegger og leder læreprosesser. Det ses på som en form for forskningsaktivitet der man er avhengig av et samspill mellom den som underviser og deltakerne, der deltakerne ikke blir sett på som en passiv mottaker av kunnskapen som skal formidles, men mer som en medprodusent av kunnskap. Underviseren må derfor ikke bare være opptatt av den teoretiske formidlingen, men også tilrettelegge for god og hensiktsmessig læring slik at man kan utvikle kompetanse og skape en vedvarende endring (Hiim & Hippe, 2022; Pettersen, 2017; Sylte, 2021). Det er mange faktorer som vil være med på å påvirke læreprosessen og som må tas hensyn til i utviklingen av et undervisningsopplegg. Disse faktorene illustreres godt gjennom den didaktiske relasjonsmodell, som presenteres i kapittel 3.3.2.

3.3.2 Den didaktiske relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen er benyttet i planleggingen og utviklingen av undervisningsprogrammet. Denne modellen ble først utviklet av Bjørndal og Lieberg i 1978, og ble videreutviklet av Hiim & Hippe (2022). Den er en godt etablert og mye anvendt modell innen kvalitetsforbedringsarbeid, da den er et verktøy for planlegging samt analyse og refleksjon rundt undervisning og læring (Dalland, 2020; Hiim & Hippe, 2022).



Figur 3.3.2 Den didaktiske relasjonsmodell (Hiim & Hippe, 2022, s.40)

Modellen består av seks faktorer som alle henger sammen, påvirker hverandre gjensidig og er avhengige av hverandre for å få en fullverdig prosess. Modellen er derfor presentert i en diamantform, som illustrerer at undervisningsprosessen er dynamisk og at det ikke er en satt rekkefølge for de ulike faktorene. Man står dermed fritt til å starte planleggingen av undervisningen der man selv ønsker (Dalland, 2020; Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021).

Tabell 5: Faktorer i den didaktiske relasjonsmodellen (gjengitt etter Hiim & Hippe, 2022, s.37-39)

Den didaktiske relasjonsmodell	
Læreforutsetninger	De kunnskaper, holdninger og ferdigheter deltakerne møter undervisningen med, blant annet erfaringer, faglige forutsetninger, læremåter eller utdanningsbakgrunn.
Rammefaktorer	De faktorene som gir både muligheter og setter begrensninger for læringsarbeidet, det vil si de rammene undervisningen må foregå innenfor, eksempelvis tid, fysiske forhold og økonomi.
Mål	Målene er det man ønsker at deltakerne skal sitte igjen med av kunnskap, ferdigheter og holdninger etter endt undervisning. Disse målene må være realistiske, spesifikke og oppnåelige. Målene som er satt må ses i sammenheng med læreforutsetninger og rammefaktorer.
Innhold	Innholdet er det faglige innholdet som undervisningen skal handle om, i tillegg til hvordan undervisningen er lagt opp og tilrettelagt opp imot læreforutsetningene til deltakerne. I tillegg er innholdet direkte vurdert opp imot og valgt ut på bakgrunn av målene som er satt.
Læreprosess	Læreprosessen omhandler de arbeidsmetodene som skal brukes, samt hvordan undervisningen skal foregå for å nå målene. Dette må vurderes i forhold til hvordan innholdet kan læres best mulig i deltakergruppen. Det anbefales at man bruker flere arbeidsmetoder for å gjennomføre undervisningen på bakgrunn av deltakernes ulike læreforutsetninger.

Vurdering	Vurdering kan omfatte vurdering av deltakernes læring og selve undervisningsprosessen. I denne sammenhengen dreier det seg om vurdering av undervisningsprosessen. Man ser på om deltakernes læringsforutsetninger er tilstrekkelig vurdert opp imot mål og innhold i undervisningen, om hvordan arbeidsmetodene som er benyttet har fungert opp imot det overnevnte og om målene er formulert slik at det er samsvar med deltakerforutsetningene.
-----------	--

3.4 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

Helsepersonelloven (1999, § 4) sier at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. I dette ligger det at man blant annet skal utøve kunnskapsbasert sykepleie. De siste årene har det blitt økt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet for å imøtekomme kravet om faglig forsvarlighet i helsetjenestene, blant annet gjennom nasjonale handlingsplaner for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2022;). Helsetjenester med god kvalitet kjennetegnes ved at de er trygge og sikre, virkningsfulle, at de er samordnet og preget av kontinuitet, at de utnytter ressursene på en god måte, at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt samt at de involverer brukerne og gir dem innflytelse (Helsedirektoratet, 2019).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-4 a) sier at helsepersonell må sørge for at arbeidsplassen arbeider systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Manglende opplæring og undervisning kan føre til manglende kompetanse og også utrygghet i møtet med pasientgruppen og hvordan utføre god sykepleie, kan svekke pasientsikkerheten.

Akuttsykepleierens funksjon og ansvar er delt mellom pasientrettet og indirekte pasientrettet funksjon og ansvar (NSFs Landsgruppe av Akuttsykepleiere [NLAS], 2011). Den pasientrettede er forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon. I den indirekte delen ligger det blant annet en administrativ funksjon, samt en funksjon innen undervisning, forskning og utvikling. I dette ligger det blant annet at akuttsykepleieren skal arbeide forsknings- og kunnskapsbasert, holde seg faglig oppdatert, ta ansvar for sitt behov for etter- og videreutdanning samt å stimulere til, delta i og selv arbeide med fagutvikling og forskning for å utvikle og vedlikeholde akuttsykepleiefaglig kvalitet (NLAS, 2011.). Et undervisningsprogram med fokus på kompetanseheving og -utvikling vil kunne bidra til å heve kompetansen til akuttsykepleierne, men også bidra til å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenestene pasienten tilbys.

3.4.1 Akuttsykepleierens pedagogiske funksjon

For å arbeide systematisk med kvalitetsforbedringsarbeid, er det behov for personell med kompetanse på området (Stubberud, 2018). Gjennom sin videreutdanning har akuttsykepleiere opparbeidet seg en avansert klinisk kompetanse og en bred erfaring, og er dermed en faglig ressurs som kan veilede og undervise sykepleiere uten videreutdanning i avdelingen. I tillegg til denne kompetansen, har akuttsykepleier også et ansvar om å veilede og undervise egen faggruppe samt annet helsepersonell (NLAS, 2011).

I det daglige bruker akuttsykepleieren sin pedagogiske funksjon underbevisst ved veiledning av kollegaer, studenter, pasienter og pårørende. Det er derfor helt essensielt at akuttsykepleieren holder seg oppdatert innenfor fag og forskning, og følger utviklingen innenfor eget fagfelt. Det er i tillegg hensiktsmessig at man bevisstgjør seg sin rolle som

underviser, og bruker en relevant og oppdatert pedagogisk tilnærming. Akuttsykepleierens pedagogiske funksjon kan da brukes mer målrettet, og dermed bedre kunne bidra til kompetanseutvikling hos kollegaer, og videre ivareta kvalitet og pasientsikkerhet (Hiim & Hippe, 2022; NLAS, 2011; Sylte, 2021).

Smertebehandling til LAR-pasienter er både et omfattende og komplisert felt, og det krever både erfaring, avansert faglig kunnskap, men også kunnskap om hensiktsmessig bruk av ressurser og retningslinjer (Den norske legeforening, 2009; Haga, 2021; OUS, 2021). For å formidle denne kunnskapen, samt veilede i bruk av slike verktøy og ressurser, er det behov for akuttsykepleierens pedagogiske funksjon.

4.0 Forberede og planlegge

I dette kapitlet vil det gjøres rede for forberedelses- og planleggingsfasen av kvalitetsforbedringsarbeidet, samt hvordan kunnskapsgrunnlaget ble innhentet og vurdert. Utarbeidelsen av undervisningsprogrammet faller innunder denne fasen, men vil bli gjort rede for i kapittel 5.

4.1 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikt

Arbeidsgruppen i dette kvalitetsforbedringsarbeidet har bestått av kandidaten. Ved større kvalitetsforbedringsprosjekter er det hensiktsmessig at arbeidsgruppen er tverrfaglig sammensatt med sentrale yrkesgrupper, eksempelvis akuttstusykepleiere, anestesisykepleiere og -leger og medisinske leger, samt representanter fra smerteteam. I tillegg anbefales det at også brukere/pasienter og/eller pårørende bør være representert (Dalland, 2020; Stubberud, 2018). Da dette er et eksamensarbeid, har dette ikke vært aktuelt.

Dette arbeidet er gjennomført på bakgrunn av egen interesse og gir ingen fordeler utover selve oppgaven. Det er dermed ingen habilitets- eller interessekonflikt knyttet til prosjektet.

4.2 Kvalitetsarbeidets målsetting, målgruppe og eventuelle kvalitetsindikatorer

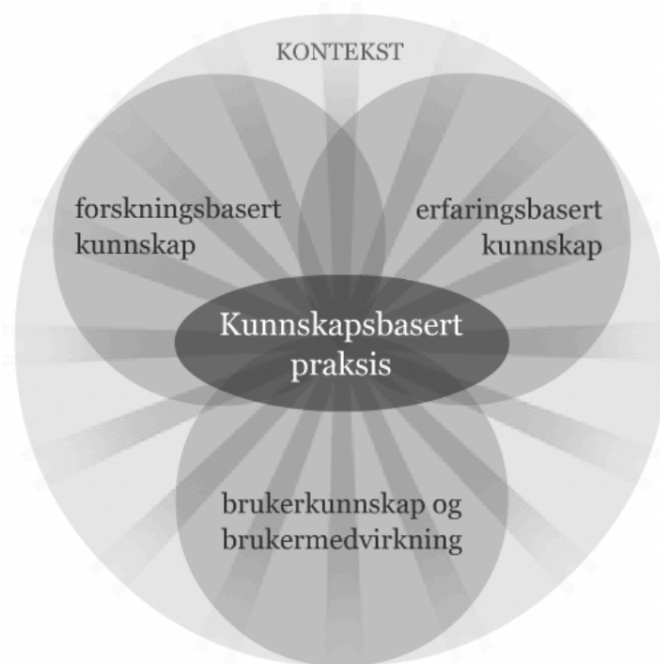
Målet med kvalitetsarbeidet er kvalitetssikring og kompetanseheving hos akuttstusykepleiere. En slik kvalitetssikring kan bidra til å sikre pasientsikkerhet og at akuttstusykepleiere yter faglig forsvarlig helsehjelp til

pasienter. Målgruppen for kvalitetsarbeidet er akuttstusykepleierne i akuttmottaket der kandidaten jobber.

Det er utviklet tre strukturindikatorer eller nasjonale retningslinjer som er relevante for denne oppgaven. Det er retningslinjer for smertebehandling (Den norske legeforening, 2009), Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2022a) og Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak (Helsedirektoratet, 2022b). Disse strukturindikatorerne gir føringer for ressurser og rammer som skal ligge til rette for å yte helsetjenester av god kvalitet, det være seg legemidler og utstyr, samt helsepersonellens kompetanse (Stubberud, 2018).

4.3 Kunnskapssøk

Undervisning som kvalitetsforbedringsarbeid skal være basert på oppdatert kunnskap og samtidig ha en relevant pedagogisk tilnærming (Dalland, 2020; Stubberud, 2018). I dette ligger det at man som fagutøver bevisst bruker ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse. Dette innebærer både forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap samt pasientmedvirkning. Når man arbeider med kvalitetsforbedring er det viktig at man baserer valget av kunnskap, tiltak og råd som er basert på pålitelig forskningsbasert kunnskap, men det er viktig å være klar over at det ikke er tilstrekkelig alene (Stubberud, 2018).



Figur 4.3: *Kunnskapsbasert praksis* (Stubberud, 2018, s.25)

Figur 4.3 illustrerer hvordan de ulike kunnskapskildene omslutes av konteksten og at de alle er en del av kunnskapsbasert praksis. Med kontekst menes den sammenhengen eller det miljøet det kunnskapsbasert praksis skal brukes. Dette er tett knyttet opp mot forståelsesrammer, kultur, ressurser, etiske forhold, prioriteringer og politikk (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Gundersen, 2021; Stubberud, 2018).

Virksomhetene som yter helsetjenester samt den enkelte yrkesutøver skal drive faglig forsvarlig, det vil si at kunnskapsbasert praksis er etablert (Nordtvedt et.al., 2021; Stubberud, 2018). Dette innebærer at akuttsykepleieren skal ta faglige avgjørelser i den gitte konteksten ut ifra systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (Nordtvedt et.al., 2021). I kunnskapssøket har konteksten der forskningen skal presenteres derfor blitt tatt hensyn til når kilder og litteratur for undervisningen er valgt ut. Konteksten for dette arbeidet vil være avdelingen der kandidaten er ansatt.

I dette kapittelet vil kandidaten redegjøre for innhenting av kunnskapsgrunnlaget. Gjennom kunnskapssøk avdekkes hvilken kunnskap som finnes om temaet, og ved å bruke en strukturert og systematisk søkestrategi vil man lettere kunne finne frem til best tilgjengelige kunnskap.

Det har blitt benyttet sekundærlitteratur, som lærebøker, stortingsmeldinger og lovverk, som en del av det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Disse kildene bidrar til et kunnskapsgrunnlag innenfor de ulike områdene som presenteres i oppgaven. Sekundærkildene presenteres i tabell 6.

Tabell 6: Sekundærlitteratur

SEKUNDÆRLITTERATUR	
LÆREBØKER	
Undervisning, kvalitetsarbeid	Rus, avhengighet, LAR, smerte
Dalland (2020)	Danielsen, Berntzen & Almås (2016)
Hiim & Hippe (2022)	Dihle (2021)
Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Gundersen (2021)	Lossius (2021)
Pettersen (2017)	Mørland & Waal (2016)
Raaheim (2013)	Simonsen (2016)
Stubberud (2018)	Skoglund & Biong (2018)
Sylte (2021)	
LOVVERK	
Lov om helsepersonell (1999)	
Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)	
Lov om spesialisthelsetjenesten (1999)	

4.3.1 Forskningskunnskap

Forskningskunnskap er en av flere kilder, men bør være den største delen av kunnskapsgrunnet til kvalitetsarbeid. Den kan genereres gjennom ulike metodiske tilnærminger, både kvalitative og kvantitative.

Eksempelvis kan de gi oss økt forståelse for opplevelser og erfaringer hos pasient eller helsepersonell, anslå effekter av ulike tiltak eller gi oss forklaringer på årsaksforhold eller fenomener (Dalland, 2020; Nordtvedt et al., 2021; Stubberud, 2018).

Akutt smertebehandling til LAR-pasienter er komplisert, og det er viktig for helsepersonell å ha tydelige veiledere og retningslinjer å forholde seg til. Det er forsket mye på smertebehandling generelt, og de siste årene har det også blitt økt fokus på smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet og pasienter i LAR, og det har blitt utarbeidet flere prosedyrer og retningslinjer, se tabell 11.

Det anbefales å gjøre systematiske søk i flere databaser for å få forskningskunnskap av god kvalitet og et bredt perspektiv på problemstillingen. For å strukturere og systematisere kunnskapssøket, ble problemstillingene formulert ved hjelp av PICO-skjemaer. PICO-skjema er et verktøy som gir struktur og bidrar til å formulere presise og tydelige problemstillinger og spørsmål som kan anvendes i litteratursøk (FHI, 2022). PICO består av fire elementer i kliniske spørsmål, presentert i tabell 7. Ved å definere disse elementene blir søkestrategien mer systematisk og effektiv og gir dermed og så flere relevante treff (FHI, 2022; Nordtvedt et al., 2021). Man trenger ikke nødvendigvis å ha med alle elementene i alle spørsmål og C: comparison/sammenlikning ble derfor valgt bort på bakgrunn av relevans for oppgavens problemstilling samt arbeidsmetode.

Tabell 7: PICO-skjema (FHI, 2016; Nordtvedt et.al, 2021)

P:	Population/patient/problem	Hvilken pasientgruppe, populasjon eller problemområde dreier det seg om?
I:	Intervention	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?
C:	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
O:	Outcome	Hvilke utfall/effekt er du interessert i?

Det er lite forskning på feltet skrevet på skandinaviske språk, noe som begrenser muligheten til å finne svaret på problemstillingen. Søkeordene i PICO-skjemaet ble derfor oversatt til engelsk for å søke i internasjonale kilder. Det var variasjon mellom emneordene i de ulike databasene. Databasene MEDLINE CINAHL og Cochrane Library bruker standardiserte ord, såkalte MeSH-termer. Etter anbefalinger av FHI (2022) og Nordtvedt et al. (2021) er PICO-skjemaet derfor satt opp med norske og engelske søkeord, samt MeSH-termer for å strukturere bruken av søkeord i de ulike databasene.

Ulike databaser krever ulike søkestrategier. De oppsatte søkeordene i PICO-skjemaene ble kombinert med ordene «AND» og «OR», såkalte boolske operatører (Dalland, 2020; FHI, 2022). «AND» avgrensar søket da begge søkeordene må være med i artiklene, «OR» utvider søket ved å gi treff på enten det ene, det andre eller begge søkeordene. Søket ble gjort ett ord av gangen, og når alle søkeordene i PICO-skjemaet var på plass i søkehistorien, ble disse kombinert med «or». Til slutt ble søkeordene kombinert med «and».

Tabell 8: PICO-skjema overordnet tema

	Norske søkeord	Engelske søkeord	MeSH-terms
P: Population/ patient/ problem	Opioid- avhengighet, LAR/ substitusjons- behandling/- terapi/- rehabilitering, sykepleie, perioperativ smertebehandling, akuttsykepleie	opioid-related disorder, opioid addiction/substan ce abuse, opioid substitution therapy, Methadone, Buprenorphin, opioid-agonist treatment, drug assisted rehabilitation, nursing	NORSKE: LAR, Legemiddel- assistert rehabilitering, substitusjons- behandling, opioid ENGELSKE: Opioid / therapeutic use, Buprenorphine / therapeutic use, Opiate Substitution Treatment, Opioid-Related Disorders / drug therapy
I: Intervention	Smertebehandling- /lindring, analgesi, retningslinjer	Pain management, analgesia, pain assessment, guidelines	Analgesia
C: Comparison			

O: Outcome	Smertelindring/- behandling, pasienterfaring/- opplevelse	Pain relief/treatment, patient experience	
------------	--	--	--

I flere av databasene kombineres forskning utført av sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Kandidaten fant lite forskning på akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter med PICO-skjema i tabell 8, men mer medisinsk rettede artikler. Kandidaten har derfor også søkt etter mer sykepleierrettede artikler, se tabell 9.

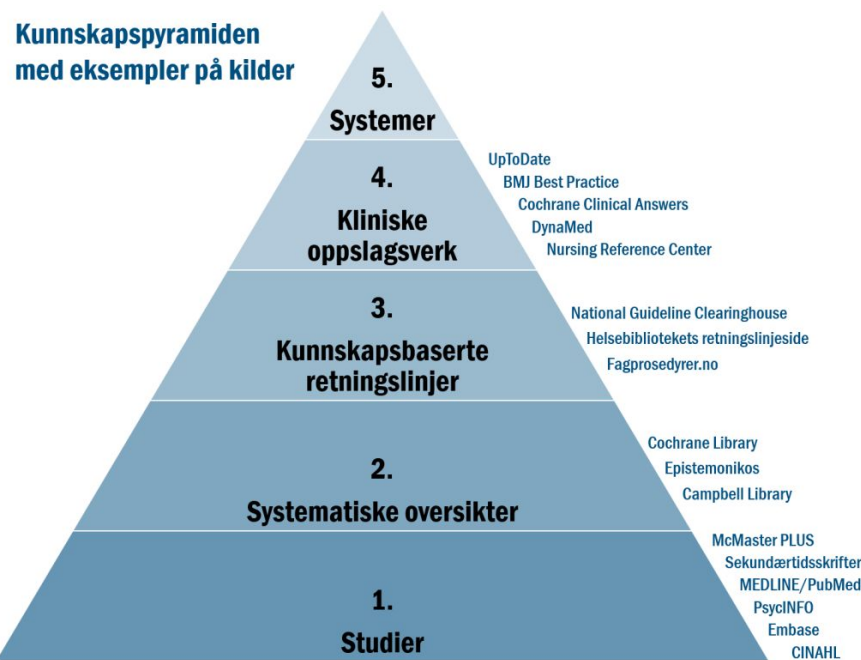
Tabell 9: PICO-skjema for akuttsykepleierens funksjon og ansvar rundt smertebehandling

	Norske søkeord	Engelske søkeord	MeSH-terms
P: Population/ patient/ problem	Sykepleie, akuttsykepleie, kompetanse, pasient- perspektiv/- erfaring	Nurse, Emergency nurse, Competence, Nursing assessment, Emergency medicine	Clinical competence, Nurse, Emergency nursing
I: Intervention	Smerte- behandling/- lindring, analgesi, retningslinjer, smerte- kartlegging	Analgesia, Pain relief, Guidelines	Evidence-based medicine Evidence-based nursing surveys and questionnaires
C: Comparison			

O: Outcome	Erfaring, funksjon og ansvar, kompetanse, opplæring, undervisning	experience, roles and responsibility, competence, training/teaching program,	
------------	--	---	--

Kunnskapspyramiden er en modell som er nyttig ved utvelgelsen av kunnskapskilder når man skal finne svar på kliniske spørsmål (Helsebiblioteket, 2017). Kunnskapspyramiden vektlegger forhåndsvurdert forskningsbasert kunnskap og har delt kunnskapskildene i fem nivåer som er graderte etter kvalitetsvurdering og anvendbarhet. Det anbefales å starte søket i kildene øverst i pyramiden, der kunnskapen er mest mulig oppsummert (Dalland, 2020; Helsebiblioteket, 2017; Nordtvedt et al., 2021).

Det er gjort strukturerte og systematiske søk i databasene ved å benytte søkeordene i PICO-skjemaene som er presentert tidligere i kapittelet. Søkeordene er kombinert med hverandre ved hjelp av kombinasjonsordene OR og AND. OR gir treff på artikler som inneholder enten det ene eller andre søkeordet og bidrar dermed til å utvide søket. AND avgrenser søket ved å gi artikkeltreff der begge søkeordene er inkludert (Nordtvedt et al., 2012). Forskningskunnskapen som er vurdert som relevant for undervisningsprogrammet vil bli presentert i tabeller. Disse tabellene er strukturert etter Kunnskapspyramiden, og søket blir presentert med hvilke databaser kandidaten har søkt i samt antall treff. Disse treffene baserer seg på kombinasjonen av søkeord, eksklusjonskriterier samt en kritisk vurdering av artiklene.



Figur 4.3.1 Kunnskapspyramiden (Kunnskapscenteret, 2016, kap.3.2)

Øverst i Kunnskapspyramiden ligger systemer. Ifølge Nordtvedt et al. (2021) er dette kliniske beslutningssystemer som innlemmer og oppsummerer relevant og god forskning rundt en klinisk problemstilling. Disse kunnskapskildene eksisterer ikke fullt ut i dag, og kunnskapssøket er derfor startet på neste nivå, i kliniske oppslagsverk.

Kliniske oppslagsverk er kilder som oppsummerer forskning fra systematiske studier og oversikter. De gir blant annet anbefalinger for behandling og intervensjoner i praksis, samt en oppsummering av eksisterende forskning for å kunne bidra til beslutningstaking i praksis (Nordtvedt et al., 2021). I databasene på dette nivået er det ikke nødvendig med en systematisk søkestrategi for å få treff og søkeordene i PICO-skjemaene i tabell 8 og 9 er anvendt i søkeprosessen. Funnene presenteres i tabell 10.

Tabell 10: Kliniske oppslagsverk

KLINISKE OPPSLAGSVERK	
Database	Forfatter/tittel (aktuelle treff)
UpToDate	Coffa & Carr (2020)
BMJ Best Practice	Ingen relevante treff
Cochrane Clinical Answers i Cochrane Library	Ingen relevante treff
NEL (Norsk Elektronisk Legehåndbok)	NEL (2022) Legemiddelassistert rehabilitering, LAR

Neste nivå i kunnskapspyramiden er kunnskapsbaserte retningslinjer. Dette er råd, anbefalinger og konklusjoner som er ment til å bistå helsepersonell innen forebyggende tiltak, diagnostikk og behandling innenfor definerte problemstillinger (Nordtvedt et.al, 2021). Alle disse anbefalingene bygger på kunnskapsbasert praksis, der både forsknings-, erfarings og pasient-/brukerkunnskap er hensyntatt og anvendt (iibid.). Retningslinjer, fagprosedyrer og protokoller er ikke definert som forskningsbasert kunnskap. De er allikevel plassert i nivå 3 i Kunnskapspyramiden på bakgrunn av deres anvendbarhet i praksis. Kildene på dette nivået baserer seg på forskning som er funnet gjennom omfattende, systematiske søk i validerte databaser og ligger derfor høyt oppe i Kunnskapspyramiden (Kunnskapssenteret, 2016; Nordtvedt et al., 2021). Kandidaten utførte et søk i norske samt internasjonale databaser for retningslinjer og fagprosedyrer med søkeordene LAR, smertebehandling og akuttmottak. I de internasjonale databasene ble det bruk søkeordene som vises i tabell 11.

Tabell 11: Kunnskapsbaserte retningslinjer

NORSKE RETNINGSLINJER OG FAGPROSEDYRER	
Database	Forfatter/tittel (aktuelle treff)
Helsebiblioteket	Nasjonalt faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2022a)
	Nasjonalt faglig retningslinje for somatiske akuttinntak (Helsedirektoratet, 2022b)
	Retningslinjer for smertebehandling (Den norske legeforening, 2009)
INTERNASJONALE RETNINGSLINJER	
Database	Forfatter/tittel (aktuelle treff)
G-I-N Guidelines International Network	Søkeord: Pain management, opioid use disorder, opioid substance therapy Ingen relevante treff
Socialstyrelsen, nationella riktlinjer (SE)	Søkeord: smärta, vårt, missbruk Ingen relevante treff
Nasjonale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (DK)	Søkeord: smerte, stofmisbrug, rusmiddelproblematik Ingen relevante treff

Systematiske oversikter har en høy metodisk kvalitet da de er utarbeidet etter strenge kriterier, der forfatterne har brukt systematiske metoder for å finne, kvalitetsvurderte samt oppsummere enkeltstudier innen relevante kliniske problemstillinger (Nordtvedt et al., 2021). Søkene ble utført i

databasene Cochrane Library, Epistemonikos, Kunnskapssenteret og McMaster PLUS. Cochrane Library inneholder kilder med fokus på forebygging, diagnostikk, behandling og behandlingens effekt. I McMaster Plus søker man i flere kilder og nivåer i Kunnskapspyramiden på en gang, og treffene blir presentert på en måte som er satt opp som nivåene i Kunnskapspyramiden. Søkene er på engelsk og man kan velge profesjon for å spisse søkene mer.

Tabell 12: Systematiske oversikter

SYSTEMATISKE OVERSIKTER		
Database	Antall treff	Aktuelle treff
Cochrane Library	12 treff	Ingen relevante treff
Epistemonikos	37 treff	Ingen relevante treff
McMaster PLUS	50 treff	Veazie, Mackey, Peterson & Bourne (2020)
Kunnskapssenteret	1 treff	Ingen relevante treff

Treffene i de øverste søkene hadde primært et medisinskfaglig fokus. Søket ble derfor utvidet til de nederste nivåene i Kunnskapspyramiden. Her ble det søkt i databasene McMaster PLUS, Cinahl, MEDLINE (Ovid) og Medline (PubMed), og eventuelle relevante funn av enkeltstudier fra søket i McMaster PLUS er lagt til. Cinahl er en database som inneholder litteratur om sykepleie. MEDLINE (Ovid) og Medline (Pubmed) er begge databaser med innhold innenfor bland annet medisin og sykepleie og refererer også til artikler publisert i internasjonale tidsskrifter.

Tabell 13: Enkeltstudier

ENKELTSTUDIER		
Database	Antall treff	Aktuelle treff
McMaster PLUS	14 treff	Ingen relevante treff
CINAHL	54 treff	Krokmyrdal & Andenæs (2015)
MEDLINE (Ovid)	29 treff	Dever (2017)
Medline (PubMed)	46 treff	Punches, Berger, Friermunth, Soliman, Walker, Lyons (2021) Li, Andenæs, Undall & Nåden (2012)
Svemed+		Ingen relevante treff

Det er i tillegg gjort et håndsøk i sykepleien.no og Sykepleien Forskning, som er et nivå-1-tidsskrift, ut ifra relevante artiklers referanselister og tidsskrifter, se tabell 14.

Tabell 14: Håndsøk

HÅNDSØK
Kilde: Sykepleien Forskning og sykepleien.no
Søkeord: rusmiddelavhengighet
Govertsen, Aanensen & Moi (2019) Leonardsen, Hansen & Kaurin (2021)

4.3.2 Erfaringskunnskap

Erfaringskunnskap er den kunnskapen man tilegner seg gjennom praktisering av sitt yrke, også kalt praksiskunnskap. Erfaringskunnskap handler den kliniske erfaringen, utøvelse av skjønn, klinisk blikk og intuisjon som utvikles og erverves gjennom yrkesutøvelsen. Evnen til å reflektere og kritisk vurdere egen praksis og yrkesutøvelse, i kombinasjon med forsknings- og pasient-/brukerkunnskap, er essensiell for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et al., 2021).

Erfaringskunnskapen i denne oppgaven er utviklet og ervervet gjennom 11 år som sykepleier, hvorav 5 år som akuttsykepleier. Erfaringen med smertebehandling til LAR-pasienter ble i størst grad tilegnet gjennom 3 år på storbylegevakt, der det var en relativt hyppig problemstilling. I tillegg har erfaring fra arbeid i prehospital tjeneste og ulike akuttmottak gjennom årene gitt kunnskap om at denne pasientgruppens behov ofte undergraves og ikke ivaretas på lik linje som andre pasientgrupper. Egen erfaring tilsier at kunnskapsmangel, holdninger og stigmatisering kan påvirke beslutninger og vurderinger som gjøres. Dette understøttes av forskning lagt frem innledningsvis i oppgaven (Li et.al, 2012). Erfaringen fra kvalitetsarbeid og undervisning er ervervet gjennom arbeid som fagutviklingssykepleier i to forskjellige akuttmottak, som foreleser ved internundervisning og instruktør i ulike kurs.

4.3.3 Pasientkunnskap

Pasientkunnskap er de erfaringer og forventinger pasienten har med helsetjenesten (Nordtvedt et al., 2021). De fremmer at pasientens uttrykk for behov og deres perspektiv bør vektlegges i behandling og intervensjoner. Akuttsykepleieren skal derfor tilrettelegge for godt samarbeid og beslutningstakingsprosesser med pasient, i samhandling

med egen forsknings- og erfaringskunnskap. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har pasienten rett til å medvirke i egen behandling innenfor helse- og omsorgstjenesten i tillegg til å kunne ta del i beslutningen om å benytte seg av tilgjengelige og forsvarlige behandlings- og undersøkelsesmetoder.

På bakgrunn av rammene for eksamensarbeidet, har kandidaten valgt å ikke trekke inn pasienter i utformingen av undervisningsprogrammet. Kandidaten har derfor gjort et systematisk søk etter pasientkunnskap for å belyse pasientenes erfaringer og opplevelser med smertebehandling i akuttmottak.

Tabell 15: Søk etter kvalitetsvurderte primærstudier med fokus på pasientkunnskap

ENKELTSTUDIER	
Database	Aktuelle treff
Cinahl	Ingen relevante treff
Medline (PubMed)	Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont (2012)
Sykepleien.no	Ingen relevante treff

4.3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vise at man er kapabel til å forholde seg kritisk til den litteraturen man benytter i oppgaven. I dette ligger det at man vurderer gyldigheten og den metodiske kvaliteten på artiklene og forskningen man har funnet og benyttet seg av, samt som om resultatene er overførbare til å diskutere og svare på den satte problemstillingen for arbeidet (Dalland, 2020; Nordtvedt et.al., 2021).

For å presisere litteratursøket og å komme frem til den beste og mest relevante kunnskapen, anbefales det å forhåndsdefinere seleksjonskriterier (Dalland, 2020). Kriteriene kan være vanskelig å definere, da bruk av for mange kriterier kan spisse søket for mye og man risikerer derfor at relevante artikler kan bli ekskludert og dermed gå glipp av viktig informasjon. På den andre siden vil man kunne få store mengder treff og litteratur som ikke er relevant om man har for få kriterier.

Tabell 16: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne >18 år	Pasienter <18 år
Opioidavhengige pasienter (pasienter i LAR og pasienter med avhengighet av illegale opioider)	Artikler skrevet før 2012
Akutt smerte grunnet skade eller akutt sykdom	Gravide
Intrahospital behandling	Palliativ behandling
Fulltekst	Postoperativ behandling
Fagfellevurdert	
Artikler publisert mellom 2012-2023	
Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk	Språk: andre språk

4.3.4.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene er forhåndsdefinert og presenteres i tabell 16. Det er anvendt flere lærebøker innenfor fagfeltet rus, avhengighet, smerte, undervisning og didaktikk. Gjennom litteratursøket har det vært ønskelig å få frem ulike relevante temaer med fokus på akuttstykkepleiers kunnskap og holdninger, pasientperspektiv og undervisning. På bakgrunn

av pasientgruppen og behandlingen i LAR, er det inkludert teori om opioidavhengighet og hvordan dette påvirker individet.

Litteratursøket ut ifra PICO-skjemaene fikk mange relevante treff. Kandidaten har tilstrebet å anvende litteratur fra de øverste nivåene i Kunnskapspyramiden. Inkludering av litteratur fra nivåene lenger ned i Kunnskapspyramiden baserte seg på om de kunne tilføre relevant og ny kunnskap ut over det som kom frem i litteratur høyere opp. Kandidaten har også valgt å inkludere studier som omhandler smertebehandling til opioidavhengige, da pasienter i LAR fremdeles har en avhengighet til opioider, selv om det er i legale former. Alle studiene som er inkludert har i tillegg egne avsnitt med anbefalinger for pasienter innen substitusjonsbehandling. Kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene er basert på punktene i Agree II og relevante sjekklister fremmet av Helsebiblioteket (2016). Blant annet ses det på kvalitetsarbeidets omfang og formål, sammensetting av arbeidsgruppe, redegjørelse for metode og utvelgelse av kunnskapsgrunnlag samt anvendbarhet.

Kandidaten startet søket i det nest øverste nivået i Kunnskapspyramiden, såkalte kliniske oppslagsverk. Databasen UpToDate er et oppslagsverk for helsepersonell, og litteraturen er forhåndsvurdert og oppdateres kontinuerlig og vurderes derfor som sikre og troverdige kilder til kunnskap. Coffa & Carr (2020) sin artikkel vurderes til å ha stor grad av gyldighet basert på kravene som står til databasen den er publisert i. I tillegg har artikkelen blitt vurdert opp imot sjekklister for kliniske oppslagsverk (Helsebiblioteket, 2016). Forfatterne har redegjort for tema, metode og søkestrategi. Det fremkommer tydelige anbefalinger for medisinsk behandling som er både anvendbare og overførbare til norsk praksis. Artikkelen er anvendt som kilde i retningslinjen «Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider» (OUS, 2021) som brukes som kunnskapsgrunnlag i oppgaven. Artikkelen om LAR

i Norsk elektronisk legehåndbok [NEL] (2022) er inkludert da NEL er et klinisk oppslagsverk med høy pålitelighet. Alle artikler i NEL kvalitetssikres og oppdateres fortløpende, slik at de til enhver tid er oppdatert i henhold til nasjonale retningslinjer samt internasjonal forskning. Den er da med på å bidra til god praksis.

Neste nivå i Kunnskapspyramiden er kunnskapsbaserte retningslinjer. Retningslinjene som er inkludert i oppgaven er Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2022a), Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak (Helsedirektoratet, 2022b) og Retningslinjer for smertebehandling (Den norske legeforening, 2009). «Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematisk utviklede råd og anbefalinger som etablerer nasjonal standard for forebygging, diagnostisering, behandling og/eller oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2012, s.13). Disse tre retningslinjene er utarbeidet og validert av Helsedirektoratet, og er basert på kunnskap om god praksis, samt bidra til kontinuerlig forbedring av tjenester og virksomheter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 7-1). Helsedirektoratet stiller krav om at alle nasjonale retningslinjer skal være utarbeidet etter metode med vekt på forskningsbasert kunnskap, tverrfaglighet og brukermedvirkning, samt krever at dokumentasjonen skal være både tilgjengelig og tydelig slik at retningslinjene er oppdaterte og anvendelige. Basert på disse kravene, er retningslinjene som er inkludert ansett som pålitelige og troverdige.

Videre ble det gjort søk i systematiske oversikter. Søkende gav en god del treff, primært om anbefalinger om medikamentell smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. Systematiske oversikter er av høy metodisk kvalitet da innholdet er utarbeidet ut ifra strenge kriterier.

Treffene i McMaster PLUS er allerede kvalitetsvurderte, og det var kun ett treff om smertebehandling til pasienter som mottar substitusjonsbehandling. Artikkelen til Veazie, Mackey, Peterson & Bourne (2020) er en metaanalyse og en systematisk oversikt, der forfatterne har gjort systematiske søk etter relevante studier og videre beskrevet hvordan den metodiske kvaliteten i sine treff er vurdert. De har inkludert 12 observasjonsstudier, hvorav 3 studier har kontrollgrupper og 9 er uten. Forfatterne valgte å fokusere på studiene med kontrollgrupper, da dette ville gi et bedre sammenlikningsgrunnlag og videre underbygge sine funn med konklusjonene fra studiene uten kontrollgrupper. En svakhet ved denne artikkelen var at forfatterne mente at grunnlaget for å konkludere var noe tynt, da det ikke finnes tilstrekkelig med studier og kunnskap om smertebehandling til pasienter som mottar substitusjonsbehandling for sin opioidavhengighet. De fremmer at det er hensiktsmessig å både kontinuere substitusjonspreparatet som en del av smertebehandlingen, samt anvendelse av multimodal smertelindring. Studien er inkludert da det samstemmer med annen litteratur og anbefalinger kandidaten anvender i oppgaven, og anses derfor som relevant for undervisningsprogrammet.

Søkene blant enkeltstudier ga mange treff, og kandidaten jobbet seg igjennom artiklens relevans ut ifra tittel og abstrakt. Det var få skandinaviske studier i de ulike databasene utenom funnene gjennom håndsoket i sykepleien.no. Studiene som er inkludert har sykepleiefokus der det ses på erfaringer, holdninger og kunnskap hos sykepleierne og hvordan dette påvirker smertebehandlingen til pasienter med opioidavhengighet eller i LAR. I tillegg kommer flere av artiklene med anbefalinger og verktøy som sykepleiere kan bruke i sin behandling av pasientgruppen.

Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin studie er en kvantitativ studie utført ved to norske somatisk sykehus. Inklusjonskriteriene var satt til sykepleiere som hadde jevnlig kontakt med pasienter med opioidavhengighet, ved henholdsvis ortopedisk og medisinsk avdeling. Det ble ikke satt noen eksklusjonskriterier. Studien så på sykepleiernes kunnskap og holdninger til pasienter med opioidavhengighet. Det ble brukt et standard spørreskjema, utviklet for temaet nyfødtsmerter, med modifiserte og tilpassede spørsmål om blant annet erfaring med behandling av pasienter med rusmiddelavhengighet. Forfatterne redegjør og argumenterer for bruken av valgt skjema med at det kan dras paralleller mellom de to ulike problemområdene, spesielt med tanke på mangelfull behandling av smerter til pasientgruppene som oftest forklares med manglende kompetanse og kunnskap hos helsepersonellet.. Det ble utdelt 181 spørreskjemaer, der 98 ble besvart. Dette gir en svarprosenten på kun 54%, som er lavere enn ønsket. Den lave svarprosenten ble bemerket av forfatterne, men ikke forklart hvorfor den var så lav. Forfatterne fant at sykepleierne hadde manglende kunnskap og kompetanse rundt smertekartlegging, medikamenter og anbefalte behandlingsstrategier, noe som var til hinder for å gi pasientene en god smertebehandling. Da dette er en pilotstudie, er ikke svarene teste eller validert. Til tross for dette, er artikkelen inkludert på bakgrunn av at den bidrar til viktig informasjon om sykepleiernes innsikt i egen kompetanse og kunnskap, som kan være overførbare og kan anvendes.

Dever (2017) sin fagartikkel oppsummerer og diskuterer viktigheten av tilfredsstillende behandling av akutte smerter hos pasienter med opioidavhengighet. Artikkelen er publisert i et fagfelleurdert tidsskrift og er basert på 30 fag- og forskningsartikler og kommer med anbefalinger til helsepersonell der kompetanseheving, bruk av kartleggingsverktøy, anvendelse av psykologiske verktøy, som respekt og anerkjennelse av pasientens uttrykk for smerte og behandlingsbehov, er viktige

fokusområder. I tillegg fremmes bruk av multimodal behandlingsterapi og hyppige vurderinger som hensiktsmessig og nødvendig for en god pasientbehandling. Forfatteren redegjør ikke for søkestrategi, men flere av artiklene som henvises til er fra anerkjente og validerte tidsskrifter. Artikkelen har et fokus på smertebehandling av akutte smerter, og anbefalinger samsvarer med funn i andre artikler anvendt i oppgaven samt anvendt sekundærlitteratur og fagbøker.

Punches, Berger, Friermunth, Soliman, Walker & Lyons (2021) er en fagfelleverdert, amerikansk studie der de ønsket å undersøke og identifisere akuttsykepleierens perspektiver og rolle i smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet i akuttmottak. De har gjennomført en kvalitativ studie med 12 deltakere. Inklusjonskriteriene ble satt til sykepleiere med pasientrettet arbeid, med minst 12 måneders erfaring fra akuttmottak. Sykepleiere med administrative eller lederroller ble ekskludert. Forfatterne hadde utviklet en intervjuguide med åpne spørsmål, med hensikt om å få frem sykepleierens perspektiv. Forfatterne har redegjort utvalg av deltakere, metode og dataanalyse. Svakheter ved studien er at antall deltakere er lavt og at resultatet baserer seg på subjektive uttalelser fra deltakerne, som gjør at resultatene ikke er generaliserbare. Allikevel kommer det frem gode momenter som kan være overførbare til andre sykehus. En annen svakhet er at studien er gjennomført i USA og er preget av en opioidkrise, noe som forfatterne også påpeker. Allikevel anser kandidaten artikkelen som hensiktsmessig, da det kommer frem momenter som også påpekes av litteratur og studier gjennomført i Norge.

Artikkelen til Li, Andenæs, Undall & Nåden (2012) er en fagfelleverdert, norsk studie med kvalitativt design. Hensikten med artikkelen var å kartlegge helsepersonells holdninger, kunnskap og handlinger til pasienter med opioidavhengighet innlagt i norske sykehus. Metoden er et beskrivende tverrsnittdesign, basert på hensiktsmessig utvalg av

informanter. Utvalget bestod av sykepleiere og leger ved medisinsk og kirurgisk avdeling samt intensiv og anesthesiavdelinger ved fire sykehus. Forfatterne har gjort rede for utvalget i artikkelen, der de tydeliggjør at de ønsket informanter som var regelmessig og hyppig i kontakt med pasienter med opioidavhengighet. Det ble utdelt 456 spørreskjema totalt, hvorav 375 sykepleiere og 81 leger. Spørreskjemaene var utviklet av forfatterne, og er hverken validert eller testet, noe som er en svakhet. Høy svarprosent, stort antall respondenter og variasjon i utvalg er en styrke i artikkelen og gjør resultatene overførbare. Forfatterne har redegjort for utvalget, datainnsamlingen, dataanalysen og forskningsetiske hensyn, noe som styrker artikkelen. Artikkelen har en kvalitativ tilnæringsmåte, en metode som kan være lite egnet til å svare på problemstillingen, dette erkjennes også av forfatterne da holdninger ikke er direkte målbare. Allikevel gir funnene i artikkelen gir gode vinklinger inn i oppgaven, og understøtter annen anvendt litteratur da Li et al. (2012) også påpeker viktigheten av bevisstgjøring av holdninger, kunnskapsutvikling, bruk av kartleggingsverktøy og tillitt som viktige momenter i helsepersonellets møte med pasienter med smerte og opioidavhengighet. Artikkelen er av eldre dato og forskningsfeltet har utviklet seg, men anses allikevel relevant for oppgaven.

Artikkelen til Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamot (2012) er en fagfelleurdert, australsk forskningsartikkel som tar for seg pasientperspektivet. Metoden er kvalitativ og innhenter informasjon gjennom dybdeintervju med 27 informanter over fire dager, om pasientens opplevelse av smertebehandlingen de mottok. Forfatterne har redegjort for rekrutteringen av informanter, hvordan informasjonsinnhenting og intervjuene foregikk samt analysen av dataene, noe som er med på å styrke validiteten til artikkelen. Forfatterne påpeker selv at antallet informanter var lavt var en svakhet ved deres artikkel. De påpeker samtidig at dette er den første australske artikkelen

skrevet fra pasientens perspektiv, og at det dermed bidrar til viktig informasjon. Kandidatens litteratursøk bekrefter også dette. Det er få artikler fra pasientens perspektiv, og artikkelen er inkludert da den anses som relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

Det er også gjort et håndsøk gjennom artikkelkatalogen med fagfelleverderte artikler i Tidsskriftet Sykepleien. Søkeordene som ble brukt var LAR og rusavhengighet. Håndsøket ble gjennomført på bakgrunn av at kandidaten ønsket norske studier og artikler med sykepleierrelevans.

Govertsen, Aanensen & Moi (2019) er en fagfelleverdert forskningsartikkel med et kvalitativt design. Hensikten med artikkelen er å synliggjøre spesialsykepleiere i smerteteam sine erfaringer med smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet. Studien har inkludert seks sykepleiere med lang erfaring fra smerteteam, ansatt ved fire forskjellige sykehus. Det ble utført individuelle, semistrukturerte intervjuer. Forfatterne redegjør for metodiske overveielser og er klar over at egen forforståelse og erfaring kan påvirke datainnsamlingen og intervjuene. På bakgrunn av dette valgte de å kartlegge egen forforståelse samt inkludere alle forfatterne i analyseprosessen, for å redusere risikoen for at viktige momenter ble oversett. En annen svakhet er at det denne type intervjuer har en tendens til å få frem flest positive sider, da det kan være vanskelig for informanter å være konstruktive i slike settinger (Dalland, 2020). En styrke ved studien er at det er ikke er publisert tilsvarende studier i Norge.

Leonardsen, Hansen & Kaurin (2021) sin studie er av kvalitativt design, der hensikten var å belyse hvilke faktorer som påvirker sykepleiere i akuttmottak når de skal behandle pasienter i LAR med akutte smerter. Forfatterne har redegjort for deltakerutvalg, metode, datainnsamling, forskningsetiske hensyn og dataanalyse, noe som er med på å styrke

studiens kvalitet. Funnene i studien vider at både indre (holdninger og kompetanse) og ytre faktorer (samarbeid med kollegaer og pasienten) påvirket pasientbehandlingen. En svakhet ved studien er det lave antallet deltakere, og på tross av de satte kriteriene kan det være store individuelle forskjeller i erfaringskunnskapen til informantene. Dette gjør funnene lite generaliserbare. På en annen side kan funnene allikevel ha nytteverdi og overførbarhet de gir et innblikk i tematikken.

Flere av artiklene som er inkludert i oppgaven er utenlandske artikler. Helsevesenet i disse landene fungerer annerledes enn det norske, og demografi, retningslinjer for behandling, ulikheter i kultur og lovverk er med på å påvirke artiklenes relevans for oppgaven. I dette ligger det at resultatene kunne vært annerledes dersom studiene ble utført i Norge. Kandidaten har allikevel vurdert inkluderte artikler som relevante for å belyse oppgavens problemstilling, da artiklene viser at smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet har felles utfordringer og fellestrekk i ulike land. Kandidaten har også inkludert utenlands forskning som er relativt ny for å sikre deres relevans.

Retningslinjen «Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider» er en lokalt utviklet ved Oslo Universitetssykehus (2021) og har ikke kommet opp som treff i pyramidesøket. Retningslinjen er kvalitetsvurdert med Agree II, og er ut ifra dette vurdert til å være av god kvalitet. Prosedyren er gjeldene prosedyre for der undervisningsprogrammet skal anvendes samt for det generelle temaet i oppgaven., og den er på bakgrunn av dette anvendt som teoretisk grunnlag i undervisningsprogrammet.

Utover forskingskunnskap, har det i oppgaven blitt benyttet sekundærkilder. Dette er pensumlitteratur og relevant fagstoff for oppgavens tema og metode. Kildene er skrevet av anerkjente forfattere

innen fagfeltene rus, avhengighet og smerte, samt kvalitet, metode og oppgaveskriving.

Det grunnleggende medisinske perspektivet innenfor rus og avhengighet er godt etablert, og kildene som er anvendt anses som relevante og valide. Danielsen, Berntzen & Almås (2016) og Skoglund & Biong (2018) er brukt for å få frem sykepleieperspektivet i oppgaven. Mørland & Waal (2016) er anerkjente fagpersoner, der Jørg Mørland er professor i farmakologi og har ledet store arbeider innen biomedisinsk rusmiddelforskning og rettstoksikologi, og er nå fagleder ved Norsk folkehelseinstitutt. Helge Mørland er professor i psykiatri og har vært sentral i utviklingen av behandlingen for rusmiddelavhengige i Norge. Boken gir blant annet viktig informasjon om rusmiddelavhengighet og det biopsykososiale perspektivet i oppgaven. Boken «Håndbok i rusbehandling» av Lossuis (2021) er også anerkjent innen rusfeltet. Kandidaten har også brukt bokens kapittel om LAR (Haga, 2021), for utfyllende informasjon rundt LAR-behandlingen, som samsvarer med Nasjonale retningslinjene for LAR. Simonsen (2016) er en anerkjent lege innen rus og avhengighetsmedisin. Boken er skrevet for personer inne helse- og sosialfag, og har et bredt perspektiv på tematikken, noe kandidaten ser på som hensiktsmessig for oppgaven. Simonsen er henvist til i flere artikler kandidaten har lest gjennom søkeprosessen.

Dihle (2021) har skrevet kapittel om smerte og smertebehandling i Leonardsen sin penumbok «Anestesisykepleie», som brukes videreutdanningen i anestesisykepleie ved OsloMet. Disse bøkene er vurdert som gode kilder da de er en del av skolepensum.

Innenfor metode og oppgaveskriving er Dalland (2020), Hiim & Hippe (2022) Nordtvedt et al. (2021), Pettersen (2017), Raaheim (2013) og Sylte (2021) anvendt. Hiim & Hippe (2022) har blitt anvendt som

hovedkilde til metode og undervisningsplanleggingen i oppgaven på bakgrunn av deres kompetanse og utstrakt bruk innenfor pedagogikk i yrkesfaglig utdanning. Forfatterne presenterer oversiktlige og hensiktsmessige pedagogiske modeller, samt kunnskap innen didaktikk. De andre overnevnte bøkene er vel anvendte og anerkjente bøker innen undervisning, didaktikk og yrkespedagogikk og de bidrar til økt forståelse innen kvalitetsforbedringsarbeid og kunnskapsbaserte arbeidsprosesser. Bøkene er inkludert som komplementerende og utfyllende teori for å gi et bredere perspektiv på didaktikken og undervisningsteorien. Kandidaten har brukt Stubberud (2018) sin anerkjente bok om kvalitet og pasientsikkerhet. Boken er relevant for tema, og gir en god og grundig innføring i akuttisykepleierens funksjon og ansvar innen kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Boken er en del av pensumlitteraturen innenfor videreutdanning i spesialsykepleie.

4.3.4.2 Eksklusjonskriterier

Før kunnskapssøket ble gjennomført, ble det satt spesifikke eksklusjonskriterier, se tabell 16. Flere av søketreffene omhandlet pasientgrupper med kroniske smerter eller kreftrelaterte smerter, relatert til deres bruk av opioider. Disse valgte kandidaten å ekskludere, da kandidaten hadde fokus på å underbygge allerede etablerte anbefalinger innen medisinsk praksis rundt LAR-pasienter, og ikke mot utarbeidelsen av medisinske anbefalinger. Kandidaten har valgt å ekskludere artikler som er skrevet før 2012, da det er et 10 års spenn fra kandidatens søkeprosess startet. Flere artikler som kandidaten anså som relevante, men som ble skrevet før 2012, er anvendt i nyere forskning og systematiske oversikter som er brukt i oppgaven. Kandidaten har også ekskludert flere relevante enkeltstudier, da de ikke har tilført ny kunnskap utover det som har kommet fram fra treff høyere opp i Kunnskapspyramide, eller på bakgrunn av svakheter ved studiene.

På bakgrunn av at kandidaten har hatt et sykepleiefaglig fokus gjennom oppgaven, samt tatt utgangspunkt i de medisinske anbefalingene i OUS (2021) sin prosedyre, har treff med anbefalinger for medisinsk behandling har blitt ekskludert, med unntak av artikkelen til Veazie Mackey, Peterson & Bourne (2020).

5.0 Å utarbeide et undervisningsprogram om akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter

Opplæring og undervisning er en viktige metoder for å redusere motstand mot endring (Stubberud, 201). Gjennom undervisningsprogrammet er målet å øke akuttsykepleierens kompetanse, samtidig som de oppfordres til å komme med innspill og egne erfaringer for å kunne lære av hverandre. Ifølge Stubberud (2018) kan involvering av deltakerne redusere endringsmotstanden.

Det er tatt utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen, presentert i kapittel.3.3.2, for å redegjøre for planleggingsarbeidet rundt undervisningsprogrammet. Modellen er anvendt som et arbeidsverktøy for å systematisere og se helheten og sammenhengen mellom relevante faktorer som påvirker undervisning. Undervisningsprogrammet er tilpasset kandidatens arbeidsplass og det tar utgangspunkt i tilgjengelig utstyr og personell på denne arbeidsplassen.

5.1 Akuttsykepleierens læreforutsetninger

Ifølge Raaheim (2013) Sylte (2021) påvirkes læreforutsetningene av kompetanse, interesser, erfaringer, behov, motivasjon, holdninger, kulturbakgrunn og forventninger. Det er hensiktsmessig at kandidaten bevisstgjør seg og kartlegger disse faktorene, da det kan være store variasjoner innenfor deltakergruppen. Disse læreforutsetningene kan både være til hinder, men også som ressurs, i gjennomføringen av undervisningen. (Dalland, 2020; Hiim & Hippe, 2022, Pettersen, 2017; Sylte, 2021).

Deltakerne i undervisningsprogrammet er akuttstyepleiere, med og uten videreutdanning, ansatt i akuttmottaket der kandidaten jobber. Undervisningsprogrammet er ment til å holdes på en obligatorisk fagdag for alle ansatte i avdelingen, uansett utdanningsnivå, erfaring og fartstid. Akuttstyepleierne har varierende teoretisk kunnskap, men også ulik erfaring med smertebehandling til LAR-pasienter. Dette legger føringer for hvordan undervisningsprogrammet blir lagt opp og hva det skal inneholde.

Det tas utgangspunkt i at deltakerne har en generell grunnleggende kunnskap om anatomi, fysiologi og farmakologi knyttet til smerter og smertebehandling. Allikevel er dette både komplisert og noe man i varierende har praktisk erfaring med, og kandidaten vil derfor sette læringsmålene på et lavt nivå for å gjøre dem realistiske og oppnåelige. Kandidaten vil forsøke å lage et undervisningsopplegg som vil tilfredsstillende kunnskapsbehovet til alle deltakerne.

5.2 Aktuelle rammefaktorer

Rammefaktorer er forhold som begrenser eller gir muligheter i undervisning og læring (Dalland, 2020). Rammefaktorene deles opp i ytre og indre rammefaktorer, og kan eksempelvis være faktorer hos underviseren selv, lokaler og utstyr, ledelsens prioriteringer, tid og økonomi (Dalland, 2020; Hiim & Hippe, 2022,s.38).

Den som planlegger undervisningen bør skaffe seg en oversikt over disse rammefaktorene, slik at man kan forberede seg samt tilpasse seg og undervisningsprogrammet etter dem. Rammefaktorene må også ses i sammenheng med målet med undervisningen og deltakerforutsetningene, da deltakerne kan ha ulikt læringsutbytte av undervisningen, selv om rammefaktorene er like (Hiim & Hippe, s.45).

5.2.1 Ytre rammefaktorer

De ytre rammefaktorene er blant annet fysiske og administrative rammer, organisatoriske faktorer som den tid man har fått til disposisjon, lokaler, læringsarenaer, utstyr, antall deltakere og undervisningsmateriale (Hiim & Hippe, 2022, s.60-62; Sylte, 2021, s.67-69).

Hiim & Hippe (2022) påpeker at det er viktig å tenke igjennom og planlegge hvilke læringsmidler man skal bruke i undervisningen. Den teoretiske delen av undervisningen vil bli gjennomført som en forelesning med en PowerPoint-presentasjon samt et læringshefte/presentasjonen i papirform til deltakerne. Kandidaten vil derfor trenge et egnet undervisningsrom med tilstrekkelig med stoler og skrivepult, samt IKT-utstyr som PC, prosjektor og internettforbindelse. Mangler eller feil på utstyr som skal brukes i undervisningen vil oppleves som svært begrensende faktor for læringsprosessen/undervisningen (Hiim & Hippe, 2022, s.60; Pettersen, 2017, s.112). Det vil i forkant bli booket et egnet rom for undervisning, med utstyr nødvendig for å fremvise Power Point-presentasjonen, samt gjennomgå og sjekke at det tekniske utstyret fungerer. I tillegg vil det tas utskrift av læringsheftet/Power-point-presentasjonen og dele ut til deltakerne slik at de kan notere underveis i forelesningen.

Sylte (2021s.67-69) fremmer også at undervisningen må planlegges ut ifra hvilke tidsrammer man har fått til disposisjon. Undervisningen er planlagt inn som en del av obligatoriske fagdager i avdelingen, der det er satt 2 timer til gjennomføringen. Fagdagen vil bli arrangert to ganger, der halvparten av de ansatte er den ene dagen og resten den andre dagen. Dette er med på å sikre at alle får den samme teoretiske kunnskapen, selv om diskusjonene og erfaringsdelingen kan bli ulik. Allikevel gir denne delingen av ansattgruppen alle mulighet til å delta og er med på å gi alle

sammen kunnskapsgrunnlag. Når det skal arbeides med gruppeoppgaven vil deltakerne bli inndelt i grupper på fire-fem. De vil fremdeles befinne seg i samme lokaler som undervisningen har foregått i.

Lovverket er en del av de ytre rammefaktorene. I Spesialisthelsetjenesteloven (1999) står det blant annet om arbeidsplassens plikt til å tilrettelegge for kompetanseheving. Dette understøttes også i Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022a). Å forankre undervisning og utvikling av faglig kompetanse høyere oppe i systemet, gir både gjennomslagskraft og mer ressurser til å bedrive kvalitetsarbeid rettet mot klinikerne.

5.2.2 Indre rammefaktorer

Indre rammefaktorer er de kunnskaper, verdier og ressurser underviseren selv innehar og hvor rustet underviseren er til å undervise om temaet (Hiim & Hippe, 2022, s.63). Disse forutsetningene hos underviseren og den som står for utviklingen av undervisningsprogrammet vil virke direkte inn på kvaliteten på undervisningen. Underviseren må ha innsikt i sin egen faglige og pedagogiske evne, samt evne til kritisk tenkning i utvelgelsen av fagstoff. I tillegg vil underviserens motivasjon for kompetanseutvikling samt evne til å formidle fagstoffet være av betydning for deltakernes læring. Underviserens erfaringskunnskap er redegjort for i kapittel 4.3.2 og gir et innsyn i hvilke rammefaktorer som er aktuelle.

5.3 Målet med undervisningsprogrammet

Hiim & Hippe (2022, s.67) sier at alt pedagogisk arbeid er rettet mot et mål. Målet med undervisningen er sier noe om hva som er ønskelig at deltakerne sitter igjen med av kunnskaper, ferdigheter og holdninger etter

endt undervisning, såkalt læringsutbytte (Hiim & Hippe, 2022, s.38; Raaheim, 2013). Underviseren må vurdere hvilket nivå man skal legge seg på i undervisningen, samt hvor mye en skal fordype seg i fagstoffet (Pettersen, 2017). Hovedmålet med undervisningsprogrammet er at akuttsykepleierne skal sitte igjen med helhetlig og bred kompetanse innen akutt smertebehandling til LAR-pasienter, både når det kommer til med medisinske, farmakologiske og også det mellommenneskelige. Målene må derfor ses i sammenheng med læreforutsetninger og rammefaktorer (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021).

Målene kan deles inn i kunnskaps-, ferdighets- og holdningsmål (Hiim & Hippe, 2022, s.71). Kunnskapsmål er den relevante kunnskapen det er ønskelig at den enkelte tilegner seg og har oppnådd forståelse og innsikt i. Ferdighetsmål er den kunnskapen de tilegner seg som gjør at de kan utøve en faglig forsvarlig sykepleie. Holdningsmålene er en bevisstgjøring av egne holdninger og etikk. Målene for undervisningsprogrammet presenteres i tabell 17.

Tabell 17: Kunnskap-, ferdighets- og holdningsmål satt for undervisningsprogrammet

Målet med undervisningsprogrammet	
Kunnskapsmål	
Den teoretiske kunnskapen og de intellektuelle ferdighetene kandidaten ønsker at akuttsykepleierne skal tilegne seg om smertelindring til LAR-pasienter	<ul style="list-style-type: none"> - akuttsykepleierens funksjon og ansvar for smertebehandling til LAR-pasienter - grunnleggende kunnskap om avhengighetsproblematikk, LAR-behandling og smerte - fremgangsmåte ved smertebehandling av LAR-pasienter: kartlegging, strategier, tiltak og medikamenter

Ferdighetsmål	
De praktiske ferdigheter akuttsykepleieren skal tilegne seg gjennom undervisningsprogrammet, samt skal være i stand til å utføre i etterkant av undervisningen	<ul style="list-style-type: none"> -tilrettelegge for og planlegge tiltak for smertebehandling til LAR-pasienter -anvende kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens avhengighetslidelse, medikamentbruk og behov for smertebehandling -administrere medikamenter og vurdere effekten av disse -ivareta pasienten på en trygg og forsvarlig måte, for å unngå unødige komplikasjoner eller uønskede hendelser
Holdningsmål	
Verdimessige forhold i yrkesutøvelsen	Det er ikke vanlig å definere holdningsmål ved undervisning. Allikevel er det et mål om at deltakerne skal bli bevisste på at deres personlige holdninger ovenfor pasienter med avhengighetstilstander i stor grad kan påvirke pasientbehandlingen

5.4 Undervisningens innhold

Det faglige innholdet er det undervisningen handler om, hvordan det velges ut og i hvilke læringsformer man velger for undervisningen. Innholdets relevans må vurderes og se om det samsvarer med målene som er satt, om det er mulig å oppnå læringsmålene (Hiim & Hippe, 2022, s.70; Pettersen, 2017, s.40). Innholdet i undervisningsprogrammet er ikke satt av læringsplaner eller andre krav satt av systemer, men er styrt om kravet om faglig forvarlighet og et ønske om kompetanseutvikling.

I begrepet forsvarlighet ligger det en faglig, etisk og juridisk norm for hvordan helsepersonell bør utøve sitt arbeid. Forsvarlighetskravet bygger mer på hva man kan forvente i den aktuelle situasjon, med bakgrunn i helsepersonellens kvalifikasjoner, den øvrige situasjonen og arbeidets karakter (Helsepersonelloven §4, 1999). Kravet til å utøve god sykepleiepraksis er dynamisk og vil variere på bakgrunn av oppdatert forskning (NSF, 2023). God praksis er en standard som er plassert høyere enn forsvarlighetskravet. I dette ligger det at akuttisykepleier og helsetjenestene skal tilby pasienten en behandling av god kvalitet ut ifra pasientens behov (Helsedirektoratet, 2022a). På bakgrunn av dette er innholdet i undervisningen bygget på relevant og oppdatert forskning, og tilpasset slik at den praktiske utøvelsen av innholdet strekker seg utover kravet om faglig forsvarlighet. Undervisningens innhold baserer seg på de målene som er blitt satt for undervisningen. Nivået på undervisningen må også ses i lys av disse målene. Det må også velges læringsmetoder som er hensiktsmessig for at deltakerne skal tilegne seg undervisningens innhold (Hiim & Hippe, 2022, s.38; Pettersen, 2017).

Undervisningsprogrammet består av tre deler:

- Teoretisk forelesning om LAR-pasienten og smertebehandling for å nå de satte kunnskaps- og ferdighetsmålene
- Gruppearbeid med refleksjonsoppgaver for å nå kunnskaps- og ferdighetsmålene
- Avsluttende gjennomgang av gruppeoppgavene og plenumsdiskusjon av undervisningens tema for tilegning av undervisningens innhold og bevisstgjøring rundt holdningsmålene

5.4.1 Forelesning

Forelesningen er delt inn i følgende:

- Introduksjon til undervisningsprogrammet
- Rusmiddelavhengighet
- Smerte og smerteopplevelse hos LAR-pasienter
- Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter
- Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved kartlegging av smerter og avhengighetstilstand
- Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved administrering av smertebehandling

5.4.1.1 Introduksjon til undervisningsprogrammet

I introduksjonen til undervisningen vil læringsmål, undervisningens innhold og disponering av dette bli presentert, samt kort informasjon om læringsaktivitetene. Her vil også deltakernes forventninger til undervisningen og deres erfaringer med smertebehandling til LAR-pasienter bli etterspurt.

Hensikt:

Hensikten med introduksjonen er å forberede deltakerne på emnet det skal undervises i og aktivere forkunnskap hos deltakerne. Det kan være nyttig å la deltakerne komme med egne erfaringer og tanker rundt temaet, dette også for at underviser skal få innsyn i deltakernes læreforutsetninger, tanker og erfaringer. For at underviseren skal se om målet med undervisningen treffes deltakernes forventninger, og kunne gi eventuelle avklaringer, er det hensiktsmessig at underviseren etterspør deltakernes forventninger til undervisningen (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021).

5.4.1.2 Rusmiddelavhengighet

Kandidaten vil gjennomgå teorien om rusmiddelavhengighet i kapittel 2.1 og LAR i kapittel 2.2.

En forutsetning for å utøve god smertebehandling til LAR-pasienter, innebærer blant annet at akuttsykepleieren innehar kunnskap om pasientgruppen (Danielsen et.al., 2017; Skoglund & Biong, 2018; Veazie et al., 2020). Li, Andenæs, Undall og Nåden gjennomførte i 2012 en studie der sykepleiere skulle vurdere sitt kunnskapsnivå om smertebehandling av pasienter med opioidavhengighet innlagt i sykehus. Resultatet viste at 83,5% av sykepleierne som ble spurt hadde kunnskap om at pasienter med opioidavhengighet hadde økt toleranse for opioider og at 70,8 % av de spurte visste at pasientgruppen ville ha behov for høyere doser opioider for å oppnå effekt i forhold til opioidnaive pasienter. Sykepleierne vurderte allikevel sitt eget kunnskapsnivå som utilstrekkelig, da den gjennomsnittlige vurderingen lå under 3 på en fempunktskala. Studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) understøtter at mange sykepleiere anser sin kompetanse på dette feltet som inadekvat. Manglende kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smertebehandlingen, kan føre til utilstrekkelig smertebehandling og at pasienten opplever unødvendig mye smerte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et.al, 2012; Skoglund & Biong, 2018).

Hensikt:

Det er viktig at akuttsykepleieren har en forståelse for hvordan rusmiddellidelser oppstår og utvikles, og at det både er sosiale og fysiologiske faktorer påvirker utviklingen. Ved å definere hva avhengighet er og innebærer både fysiologisk og atferdsmessig for individet, skaper man en felles forståelse og en kontekst for hvorfor smertebehandling til pasienter i LAR er utfordrende. En slik forståelse og kunnskap, kan påvirke akuttsykepleierens holdninger og videre handlinger, og kan bidra

til et helhetsbilde og et aspekt som er essensielt for pasientbehandlingen og pasientsikkerheten.

5.4.1.3 Smerte og smerteopplevelse hos LAR-pasienter

Kandidaten vil gjennomgå definisjonen av smerte og hvordan pasientens rusmiddelavhengighet påvirker smerteopplevelsen ut ifra teori presentert i kapittel 2.3.

Pasientens avhengighetstilstand og behandling i LAR, har medført fysiologiske endringer i hjernen som er med på å komplisere smertebehandlingen (Helsedirektoratet, 2022a; NEL, 2022; Mørland & Waal, 2016, s.33; Simonsen, 2016, s.44-46). Pasienter i LAR har fremdeles en avhengighet til opioider, dog i kontrollerte, legale former med Buprenorfin eller Metadon. Allikevel vil de fysiologiske endringene være til stede, og pasienten har allerede utviklet både en høyere toleranse for opioider samt hyperalgesi (Mørland & Waal, 2016; Simonsen, 2016). I flere artikler kommer det frem at sykepleieren er klar over toleranseutvikling og hvordan pasientens avhengighetstilstand påvirker både smertefølelsen og smertebehandlingen (Dever, 2017; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Leonardsen et.al., 2021; Panches et al., 2021). Allikevel viser det seg at 62% av sykepleiere mener at pasienter med rusmiddelavhengighet overdrev sine smerter for å få mer smertestillende medikamenter (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Kunnskap om at avhengighetstilstanden til pasienten er en kronisk lidelse samt kunnskap om fysiologiske endringene hos pasienten, vil derfor være viktig. På grunn av toleranseutvikling vil pasienten kunne ha behov for høyere doser opioider for å få analgetisk effekt (Coffa & Carr, 2020; Simonsen, 2016; Veazie et al., 2020).

Personer med rusmiddelavhengighet ofte utsatt for skader og sykdomstilstander som medfører smerter, dette være seg frakturer, dyp venetrombose, hud- og vevsinfeksjoner lungebetennelser (Dever, 2017; Mørland & Waal, 2016; Simonsen 2016). Dette kan føre til hyppigere innleggelser på sykehus enn hos andre pasientgrupper. Pasienter med rusmiddelavhengighet har i tillegg til den aktuelle innleggelsesårsaken eller smertetilstanden ofte et sammensatt psykisk og somatisk bilde (Den norske legeförening, 2009; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; NEL, 2022; OUS, 2021; Skoglund & Biong, 2018; Simonsen, 2016). Dette kan bidra til å gjøre det utfordrende å ivareta pasientens behov for smertelindring og behandling.

Ofte blir smertene til pasientgruppen underbehandlet eller i verste fall ubehandlet (Dever, 2017; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Stress forårsaket av underbehandling av smerte, kan bidra til å forsterke den negative psykiske og fysiske konsekvensen av smerteopplevelse, samt bidra til forverring av den eksisterende avhengigheten (Blay et al., 2012; NEL, 2022). Dette kan i verste fall bidra til at pasienten gå ut av eksisterende behandlingsopplegg i LAR og starter med selvmedisinering (Dever, 2017; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Det er derfor essensielt at helsepersonell innehar kunnskap om ulike typer smerter samt hvordan smerteopplevelsen er hos pasienter med opioidavhengighetstilstand, for da å kunne ivareta pasientens behov for smertebehandling (Dever, 2017).

Hensikt:

Smerter er en subjektiv opplevelse, og det er viktig at akuttsykepleier har kunnskap om hvordan rusmiddelavhengigheten virker inn og kompliserer smerteopplevelsen. Dette er i tillegg viktige faktorer å hensynta når man vurderer pasientens uttrykk for smerter og behovet for medikamentelle tiltak.

5.4.1.4 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter

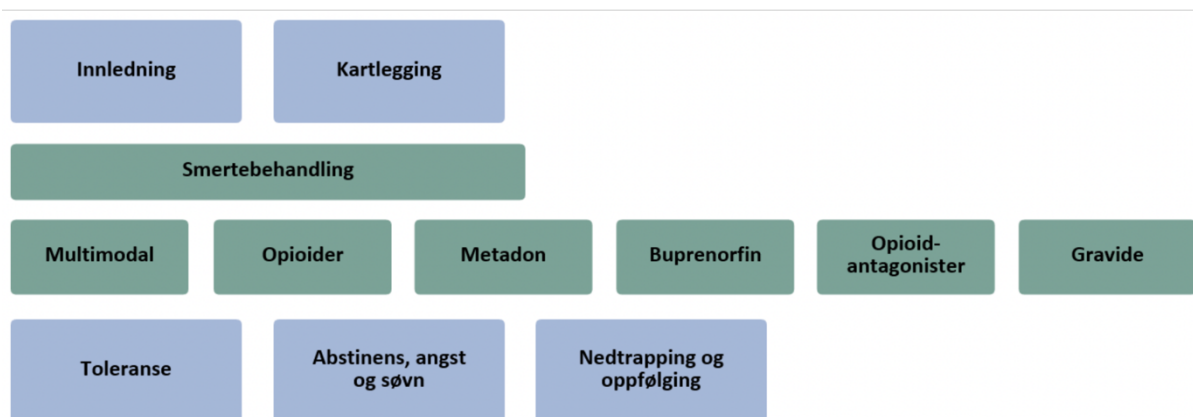
Akuttsykepleiere har en sentral rolle ved smertebehandling. Behandling av smerter er en kombinert oppgave, som et selvstendig sykepleietiltak og en legedelegert oppgave (Danielsen et al., 2020; Engebretsen, 2020; NSF, 2023). Akuttsykepleieren har et personlig, faglig og juridisk ansvar for å sørge for at pasienten mottar sin lovfestede rett til tilstrekkelig og faglig forsvarlig behandling, samt at pasientsikkerheten blir ivaretatt (Helsepersonelloven, 1999; Nordtvedt & Grønseth, 2017; NSF, 2023).

I flere studier fremkommer det at helsepersonell i stor grad angir at de tror at pasienter med opioidavhengighet forsøker å manipulere for å påvirke handlingsvalgene til helsepersonellet for å oppnå rus (Blay et al., 2012; Dever, 2017; Li et al., 2012; Punches et al., 2021). Denne holdningen fra helsepersonellets side kan påvirke ens handlingsvalg i negativ retning, og føre til utilstrekkelig smertebehandling (ibid.). Samtidig kommer det frem i artikkelen til Blay et al. (2012) at pasienter selv var redde for at deres formidling av smerter og behov for smertebehandling skulle oppfattes som russøkende atferd og at de dermed ikke skulle få hensiktsmessig behandling (Blay et al., 2012).

Flere studier viser oss at sykepleiere innehar gode kunnskaper om pasientgruppen og behandling til disse pasientene, men at de allikevel ikke anvender den kunnskapen i sin yrkesutøvelse da pasientgruppen ofte blir underbehandlet for sin smertetilstand (Dever, 2017; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Leonardsen et al., 2021; Li et al., 2012). Dette er i strid med Helsepersonelloven § 4 (1999) og kravet om faglig forsvarlighet, og kan føre til at pasienten ikke mottar tilstrekkelig behandling

Verdens Helseorganisasjon, WHO, har utarbeidet generelle prinsipper for å sikre at pasienter i LAR får adekvat smertebehandling. Individualisering av

behandling, tverrfaglig tilnærming, aksept av pasientens opplevelse og legemiddeltoleranse er noen av prinsippene de fremmer (Helsedirektoratet, 2015; NEL, 2022). Disse prinsippene er også anvendt som grunnlag i fagprosedyren «Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider» (OUS, 2021). Prosedyren gir en anbefaling for fremgangsmåte for smertebehandling til pasientgruppen. Kandidaten vil gå inn på områdene kartlegging og akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved administrering av smertebehandling, der punktene multimodal smertebehandling, Metadon og buprenorfin vil gjennomgås.



Figur 5.4.1.4: Anbefalt fremgangsmåte og elementer ved smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet (OUS, 2021, s.1)

Hensikt:

Akuttsykepleieren må kjenne til grunnprinsippene i smertebehandling for å kunne gi en god behandling til LAR-pasienter. Det er mange aspekter å hensynta, og akuttsykepleieren må ha en helhetlig kunnskap om sin funksjon og ansvar, blant annet hensiktsmessig fremgangsmåte og viktige aspekter ved pasientbehandlingen, for å ivareta pasientsikkerheten.

5.4.1.5 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved kartlegging av smerter og avhengighetstilstand

Kartlegging er en viktig del av smertebehandlingen. Man ønsker å innhente kunnskap om pasientens smerter og behov for smertebehandling, bruk av legale og illegale legemidler og rusmidler, brukerdose og eventuelt behov for substitusjonsbehandling for å unngå abstinenser (Danielsen et al., 2020; Dever, 2017; OUS, 2021). Det vil også være hensiktsmessig å innhente kunnskap om pasientens tidligere erfaringer, bruk av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier (Den Norske Legeforening, 2009; Dever, 2017; OUS, 2021). Dever (2017) og Danielsen et al. (2020) fremmer hensikten med en systematisk fremgangsmåte ved datainnsamling. Bruk av kartleggingsverktøy er med på å gi grunnlag for en individuelt tilpasset smertebehandling, samtidig som det kan være til hjelp for akuttsykepleier til å vurdere smerte og reflektere over smertebehandling (Danielsen et al., 2020).

I artikkelen til Li et al. (2012) kommer det frem at kun 23% av de spurte sykepleierne karta pasientens smerte, og at kun et fåtall kartla pasientens rusmiddelavhengighet. Årsaken til dette kan pekes på å være mangel på kunnskap om tilgjengelige verktøy og hvordan de skal anvende, samt inadekvat kompetanse om faktorer som bidrar til å komplisere smertebehandlingen til pasientgruppen (Li et al., 2012). I Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin artikkel kommer det frem at 80% av de spurte gjenkjente tegn til smerte hos pasienter. Denne vurderingen vil i beste fall kun være en subjektiv fra akuttsykepleierens side. I litteraturen og lovverket fremmes også viktigheten av pasientens perspektiv, da dette i kombinasjon med kunnskap om fysiologi for å vurdere og begrunne valg innen smertebehandling og ivareta pasientsikkerhet og pasientrettigheter (Blay et al., 2012; Dever, 2017; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999,

§ 3-1). En kartleggingsprosess bør derfor innbefatte både subjektive vurderinger fra pasienten og objektive vurderinger tatt av helsepersonell.

Det finnes mange ulike kartleggings skjemaer og –skalaer, som kan brukes alene og flere sammen for å supplere hverandre. Visuell Analog Skala (VAS) og Numerisk Rating Scale (NRS) er validerte verktøy som måler pasientens smerteintensitet ut ifra pasientens subjektive uttrykk for smerte (Danielsen et.al, 2020; Dihle, 2016). OUS (2021) anbefaler å bruke etablerte, kvalitetssikrede kartleggingsverktøy. Verktøyene må velges ut ifra hva som skal kartlegges, samt pasientens medisinske tilstand, psykiske ståsted og kognitive funksjon. Kartleggings skjemaene OOWS, DUDUT og ESAS er vedlagt oppgaven (OUS, 2021).

Områder som kartlegges	Vurder kartleggingsområdene i forhold til følgende kategorier:	Forslag til verktøy
<ul style="list-style-type: none"> - Bruk av legemidler (både legale og ill egale) - Døgnforbruk av legemidler som kan påvirke effekten av opioider: opioider, benzodiazepiner, alkohol og andre legemidler - Effekt og bivirkning av legemidler, samt toleranseutvikling, abstinenser og interaksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidligere opioidbruker - Opioidbruker: Opioid døgndoser < 60 mg OMEQ siste 90 dager før kirurgi - Opioidtolerant: Opioid døgndoser ≥ 60 mg OMEQ siste 7 dager før kirurgi 	<ul style="list-style-type: none"> - OMEQ (omregningstabell for opioider til orale morfinekvivalenter) - OOWS (opioidabstinensskala) - AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption) - DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)
<ul style="list-style-type: none"> - Smertehistorie: smertefulle opplevelser/traumer (fysiske og psykiske), tidligere kirurgiske inngrep - Andre psykososiale faktorer 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensitisering - Angst, depresjon, søvn - Tidligere bruk av vanedannende midler 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisk undersøkelse - Anerkjennende kommunikasjon med tilrettelegging for pasientmedvirkning hvis mulig og hensiktsmessig
<ul style="list-style-type: none"> - Smertekartlegging: lokalisasjon, intensitet og varighet 	<ul style="list-style-type: none"> - Forverring av underliggende sykdom eller ny smerte 	<ul style="list-style-type: none"> - NRS, fysisk undersøkelse, kroppskart - ESAS-skjema (Edmont Symptom Assessment System, med kroppskart)

Figur 5.4.1.5 Hensiktsmessige kartleggingsverktøy (gjengitt etter OUS, 2021, s.2)

Hensikt:

Akuttsykepleierens funksjon og ansvar innebærer blant annet observasjon, kartlegging, datainnsamling og vurderinger (Danielsen et al., 2016; Skoglund & Biong, 2018). Områdene som kartlegges gir et utgangspunkt for videre behandling, og kartlegging av avhengighetstilstand, smerter og andre faktorer er helt essensielt for en helhetlig og god smertebehandling. Denne kartleggingen vil også gi et utgangspunkt for vurderingen av effekt av iverksatt behandling, samt bidrar til individualisering av behandlingen og ivareta pasientens lovfestede rettighet til å medvirke i egen behandling (Danielsen et al., 2020; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.4.1.6 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved administrering av smertebehandling

Administrering av medikamenter er en viktig sykepleieroppgave, og akuttsykepleieren har både et faglig og juridisk ansvar når det kommer til legemiddelhåndtering (Helsepersonelloven § 4, 1999; NSF, 2023). Det faglige ansvaret innebærer at akuttsykepleieren både skal administrere legemiddelet, men også observere virkning og eventuelle bivirkninger legemiddelet har på individet (Bielecki & Børdahl, 2017; Dihle, 2021; Nordtvedt & Grønseth, 2017).

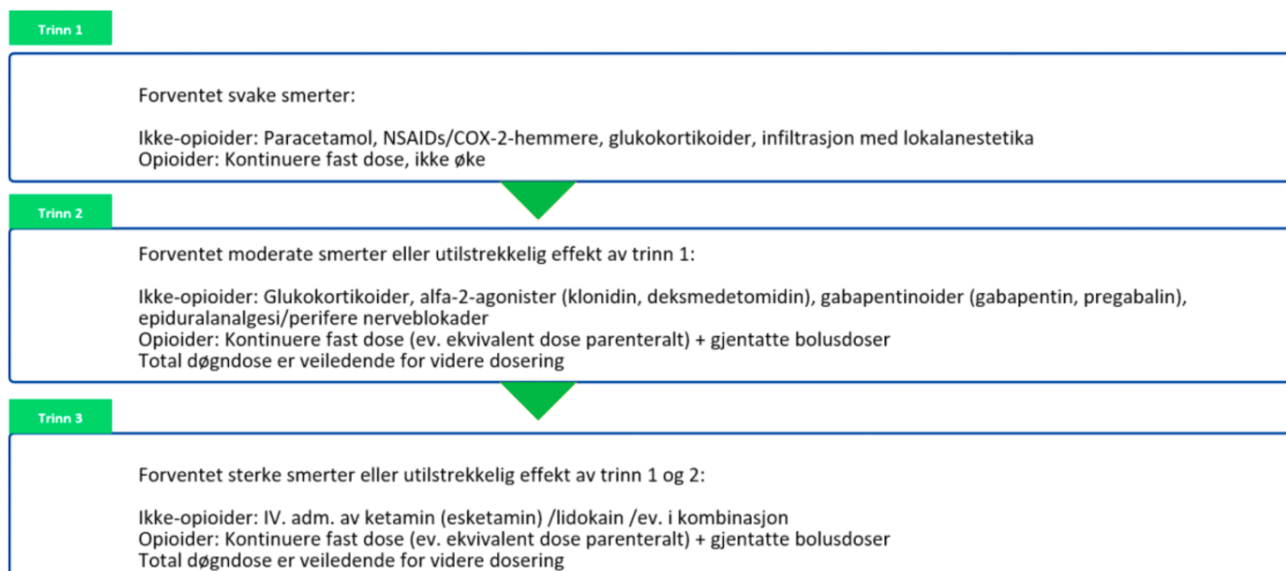
Leonardsen et al. (2021) påpeker viktigheten av at akuttsykepleiere har tilstrekkelig og nødvendig kompetanse i legemiddelhåndtering, og at det finnes tilgjengelige rutiner og prosedyrer som kan bidra til å sikre riktig og god legemiddelhåndtering. I dette ligger det at akuttsykepleier må ha kunnskap og kompetanse om de aktuelle legemidlene som inngår i behandlingen, samt kompetanse til å observere virkning og bivirkninger av legemiddelet som hen har administrert, og justere behandlingen ved behov (Bielecki & Børdahl, 2017; Danielsen et al., 2016). Govertsen,

Aanensen & Moi (2019) fant at klare retningslinjer kan være et godt verktøy og hjelpemiddel i behandlingen av smertelidelser, da de bidrar til å gi mer forståelse for prinsipper innen smertebehandling samtidig som behandlingen ble mer standardisert og dermed mer pasientsikker.

Det kreves ofte et godt tverrfaglig samarbeid for å gi pasienter i LAR adekvat smertebehandling (Engebretsen, 2020; Govertsen et al., 2019; Leonardsen, et al., 2019; NEL, 2022). Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonell som ikke innehar tilstrekkelig kompetanse innen et problemområde, skal mobilisere ressurspersoner med riktig kompetanse. Eksempelvis kan det være hensiktsmessig å involvere smerteteam eller andre ressurspersoner, som anestesilege, der smerteteam ikke er tilgjengelig, i pasientbehandlingen. I studien til Govertsen et al. (2019) kommer det frem at spesialsykepleiere som jobber i smerteteam opplevde at pasienten følte seg mer ivaretatt og trygge i et samarbeid med smerteteam, da deres uttrykk for smerte ble møtt med tillitt, respekt og respons. Gjennom et samarbeid med smerteteam kan akuttisykepleieren oppleve støtte samt tilegne seg kunnskap om farmakologi, medikamenter, individualisering av behandling samt hvordan samarbeide og skape tillitsforhold til pasientgruppen (Govertsen et al., 2017).

Det anbefales å anvende multimodal smertelindring mot akutte smerter (Coffa & Carr, 2020; Dever, 2017; Dihle, 2021; Veazie et al., 2020; OUS, 2021). I dette begrepet ligger det at man anvender flere medikamenter og teknikker i smertebehandlingen. De ulike medikamentenes analgetiske egenskaper brukes i synergi med hverandre for å behandle pasientens smerter via de ulike reseptorene, uten unødvendig bruk av opioider (Coffa & Carr, 2020; Bielecki & Børdahl, 2017; Dihle, 2021). Ikke-medikamentelle metoder, som avspenning og tilstedeværelse av pårørende er også en del av denne metoden. En multimodal tilnærming til smertebehandling viser seg å være særdeles nyttig til pasienter som

mottar substitusjonsbehandling (Coffa & Carr, 2020; Dever, 2017; Dihle, 2021; OUS, 2021; Veazie et al., 2020).



Figur 5.4.1.6 Trinnvis multimodal smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider (OUS, 2021, s.4).

Figur 5.4.1.6 beskriver den trinnvise fremgangsmåten når en skal administrere medikamenter til LAR-pasienter. Anbefalingene tilsier at akutte smerter først og fremst bør behandles med ikke-opioide analgetika, eksempelvis med Paracetamol og NSAIDs, så lenge det ikke foreligger kontraindikasjoner (OUS, 2021). Bruk av perorale medikamenter fremmes som hensiktsmessige og effektive på dette trinnet. I tillegg kan bruk av lokalanestetika være effektivt. Hvis overnevnte behandling ikke gir tilstrekkelig smertebehandling, må man vurdere andre typer legemidler. OUS (2021) og Den norske legeförening (2009) anbefaler ikke-opioide legemidler som glukokortikoider og alfa-2-agonister, bruk av epiduralanalgesi eller perifere nerveblokader der det er mulig, samt kontinuere fast brukerdose av opioider med gjentatte bolusdoser. Hvis pasienten opplever utilstrekkelig effekt av trinn 1 og 2, kan man anvende intravenøs behandling med ikke-opioide legemidler som ketamin og lidokain være hensiktsmessig, samt gjentatte bolusdoser av opioider i tillegg til pasientens faste brukerdose (OUS, 2021).

Det er essensielt at man jobber for å hindre eller begrense abstinenser for å unngå forsterket hyperalgesi (Coffa & Carr, 2020; Mørland & Waal, 2016; NEL, 2022; OUS, 2021). Akuttsykepleieren må være bevisst på at substitusjonsbehandlingen i LAR kun er for å forebygge abstinenser, og ikke er en del av smertebehandlingen. Ved smertebehandling anbefales det at LAR-pasientens vanlige dose med Metadon eller buprenorfin-preparater kontinueres, og akutte smerter behandles med eventuelle ekstradoser (Coffa & Carr, 2020; Den Norske Legeforening, 2009; Dever, 2017; OUS, 2021; Veazie et al., 2020).

OUS (2021) anbefaler å kontinuere substitusjonsbehandlingen med buprenorfin-preparater og kombinasjonspreparatet Suboxone®. Det anbefales at døgndosen beholdes uendret, men at den med fordel kan deles opp i tre for å sikre jevn analgesi. Ved forventet sterk smerte, kan døgndosen økes med 20-30 % dersom pasienten bruker under 16mg/døgn. Det ved behov for tillegg av opioider, anbefales det å bruke morfin eller fentanyl foran oksykodon til denne pasientgruppen (ibid.). Prosedyren påpeker viktigheten av at EKG tas før og etter oppstart av metadonbehandling da legemiddelet kan gi forlenget QTc-tid (OUS, 2021).

Tabell 18: Dosering av Metadon (gjengitt etter OUS, 2021, s.5)

Alt.	Metadon-dose	Total metadondose med 20-30% økning	Administrasjon
1.	90 mg peroral	120 mg peroral	30 mg +30 mg + 30 mg peroralt, + 10mg ved behov opptil totalt 120 mg
2.	90 mg peroral	120 mg peroral	90 mg (preoperativt) + 10 mg ved behov opptil totalt 120 mg
3.	90 mg peroral	60 mg intravenøst	15 mg x 4 eller 10 mg x 6 intravenøst (under kontinuerlig overvåkning på PO/intensiv

5.4.2 Gruppearbeid med refleksjonsoppgave

Diskusjoner, utveksling av erfaringer og arbeid med oppgaver i grupper er gode virkemidler og læringsaktiviteter for å fremme samarbeid (Sylte 2021). Dette kan bidra til at deltakerne kan reflektere over personlige holdninger, egen yrkesutøvelse, samt lære av sine kollegaers erfaring og kompetanse (Hiim & Hippe, 2022; Raaheim, 2013; Sylte, 2021).

På bakgrunn av dette er det utarbeidet refleksjonsoppgaver som deltakerne skal jobbe med gruppevis. Hensikten er at deltakerne skal reflektere over det de har lært gjennom undervisningen, og knytte det til praksis. Deltakerne vil bli delt i grupper på fire til fem medlemmer, og de skal arbeide med refleksjonsoppgaver i omtrent 10 minutter. Gruppen skal deretter presentere det de har kommet frem til for resten av deltakerne og det vil bli lagt opp til videre plenumsdiskusjon. Underviseren bør stimulere de andre deltakerne til å komme med innspill for å løse oppgaven (Sylte, 2021). Gruppeoppgavene er vedlagt oppgaven.

5.5 Læreprosessen / undervisningsmetoder

Læreprosessen handler om de metoder, arbeidsmåter og aktiviteter som skal brukes i gjennomføringen av undervisning for å nå de satte målene (Hiim & Hippe, 2022, s.102). Selve innholdet i undervisningen, læringsmålene og deltakernes læreforutsetninger er faktorer som er med på å styre valg av undervisningsmetode. Kandidaten må vurdere hvilke metoder som egner seg for å kunne formidle undervisningens innhold slik at målene kan oppnås.

Selve læreprosessen er påvirket av blant annet interesse, motivasjon, læringsmiljø, profesjon, relevans og ikke minst av sammenhengen mellom teori og praksis (Hiim & Hippe, 2022, s.47). I tillegg til overnevnte

faktorer, vil det også være individuelle faktorer som påvirker læringen. Man kan være visuell (foretrekker å lese tekst, se bilder og sammenlikne) auditiv (ønsker å lytte, diskutere og spørre), kinetisk (prøve selv) eller taktil (lære gjennom å bruke hendene sine) (Sylte, 2021, s. 100-118). Ved å kombinere og variere undervisningsmetoder kan man trigge de ulike læremåtene hos deltakerne (ibid.). Denne variasjonen i undervisningsmetoder og studentaktive læringsmetoder blir også trukket frem som hensiktsmessige og viktige i Meld.St.16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning.

Hiim & Hippe (2022, s.125) presenterer læringspyramiden som et hjelpemiddel som kan bidra til å tilrettelegge for en læreprosess som virker læringsfremmende gjennom å være engasjerende, motiverende og aktiviserende. Læringspyramiden består av fem trinn med læringsaktiviteter som kan være hensiktsmessig å kombinere på ulike måter ut ifra undervisningens mål og innhold.

Hiim og Hippe (2022) fremmer undervisningsprinsippene MAKIS, som et redskap for å planlegge undervisningen slik at man lykkes i å oppnå de satte læringsmålene. MAKIS står for Motivering, Aktivisering, Konkretisering, Individualisering og Samarbeid (Hiim & Hippe, s.123.). Ved å anvende disse prinsippene i et undervisningsprogram, kan man i større grad lykkes med at undervisningen vil oppleves som meningsfull og god.

5.5.1 Motivering

Motivasjon er en viktig faktor i en læreprosess. Motivasjon er påvirket av interesse og ønske om mestring og om å lykkes i læringsarbeidet (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021). Det skilles mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er noe man er pålagt å gjennomføre ut ifra læringskrav

som stilles fra avdelingen, eksempelvis årlige re-sertifiseringer og brannvernkurs med mer. Indre motivasjon er styrt av interesser og ønsket om å lykkes og å mestre. Denne indre motivasjonen er essensiell for læring hos voksne (Hiim & Hippe, 2022, s.). Interesse og indre motivasjon hos akuttstykkepleiere kan vokser frem fra ønsket om å bli bedre i egen yrkesutøvelse og å kunne yte det beste for pasienten. Dersom akuttstykkepleierne opplever undervisningen som nyttig og relevant for egen yrkespraksis, vil det kunne bidra til å skape en indre motivasjon som er nødvendig for å få utbytte av undervisningen (Hiim & Hippe, 2022; Pettersen, 2017). Deltakerne vil i noen dager i forkant av undervisningen få udelt en utskrift av PowerPoint-presentasjonen som skal brukes i undervisningen. Tanken med dette er å sette i gang tankeprosesser og refleksjoner hos deltakerne i forkant av undervisningen, og forhåpentligvis skape et engasjement og interesse (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021; Pettersen, 2017).

Interesse øker den indre motivasjonen og det å ta utgangspunkt i og stimulere deltakernes interesser er den mest effektive formen for motivasjon (Hiim & Hippe, 2022). Undervisningen vil derfor innledes med å introdusere undervisningsprogrammets relevans, i håp om å vekke engasjement og interesse.

5.5.2 Aktivisering

Innledningsvis vil også forventninger til undervisningsprogrammet og deltakernes erfaringer med problemstillingen bli etterspurt. En slik deltakeraktivering kan vekke interesse, engasjement og motivasjon hos deltakerne, og dermed bidra til et læringsfremmende miljø (Hiim & Hippe, 2022, s.124; Meld. St. 16 (2016-2017); Pettersen, 2017, s.25-35). I følge Hiim & Hippe (2022, s.70) er aktivisering nødvendig for å nå

læringsmålene, da det er begrenset hva man lærer av å være passiv deltaker.

Undervisningsprogrammet er langt opp slik at det anvendes flere læringsaktiviteter, som aktiviserende forelesning med plenumsdiskusjon, bruk av arbeidshefte og løsning av refleksjonsoppgaver gruppevis. En god dynamikk der det er åpent for innspill fra deltakerne vil bidra til et godt læringsmiljø og fremme deltakernes læring.

5.5.2.1 Aktiviserende forelesning

Undervisningsprogrammet vil starte med en forelesning som skal gi deltakerne nødvendig kunnskap om temaet. Det er viktig å unngå det som Hiim & Hippe (2022) omtaler som monologisk undervisning, der undervisningen preges av enveiskommunikasjon. En slik metode kan virke passiviserende, da den gir små muligheter til å nyttiggjøre seg av deltakernes ressurser. Ved forelesning der deltakerne kun er passive mottakere av informasjon, belastes korttidshukommelsen i stor grad og gir en begrenset læreoppnåelse. Det anbefales derfor at underviseren bruker aktive læringsformer i tillegg (Hiim & Hippe, 2022; Pettersen, 2017; Sylte, 2021).

Ved å åpne for diskusjoner og stille konkrete spørsmål underveis i forelesningen, kan det bidra til å belyse faglige og etiske spørsmål og utfordringer. I tillegg aktiviseres deltakerne da det maner til bruk av deltakernes selvstendige vurderinger (Hiim & Hippe, 2022, s.124-125; Pettersen, 2017, s.31-35). Hensikten er at deltakerne skal utveksle tanker, erfaringer og meninger, og videre diskutere med de andre deltakerne og lære av hverandre. Ulempen med diskusjoner er at de kan bli tidkrevende, da det ofte skaper engasjement som kan føre diskusjonen utover tema og hensikt. Det er da viktig at underviseren styrer

diskusjonen på en strukturert måte, eksempelvis gjennom å komme med konkrete og presise spørsmål til deltakerne (Sylte, 2021).

5.5.2.2 Arbeidshefte

Det er utarbeidet en PowerPoint-presentasjon, som skal brukes som undervisningsmetode under forelesningen. Denne presentasjonen vil bli delt ut til deltakerne, slik at de kan bruke det som et arbeidshefte til å ta notater i underveis i forelesningen.

Et slikt arbeidshefte er også med på å stimulere både visuelle og taktile læringsformer hos den enkelte deltaker, og kan bidra til å aktivisere deltakerne gjennom å reflektere over innholdet i undervisningen og spørsmålene som presenteres (Berge, 2017; Sylte, 2021). I tillegg kan deltakerne lære mye av å notere underveis i forelesningen da det kan hjelpe deltakeren til å bearbeide undervisningens innhold (Sylte, 2021).

Ulempen med arbeidshefte, er at det å notere kan stjele både oppmerksomhet og tid fra deltakerne, slik at man kan «falle ut» og gå glipp av viktig informasjon. Sylte (2021, s.116) mener at det er hensiktsmessig å bruke arbeidshefte som er ulikt PowerPoint-presentasjonen, da likhet mellom de to kan bidra til passivitet. Kandidaten har allikevel valgt å bruke PowerPoint-presentasjonen som arbeidshefte. Egen erfaring tilsier at det er hensiktsmessig at arbeidsheftet og PowerPoint-presentasjonen er like for å hindre at oppmerksomheten faller bort da man kan bli opptatt av å notere viktig informasjon som kommer frem i forelesningen, men som ikke er inkludert i PowerPoint-presentasjonen. I tillegg vil en godt utarbeidet PowerPoint-presentasjon gjøre innholdet i forelesningen gjenkjennbart i det visuelle som underviseren presenterer, samt at det retter oppmerksomhet mot det viktigste (Berge, 2017).

5.5.3 Konkretisering

Konkretisering innebærer at underviseren er tydelig på hvordan undervisningsprogrammets innhold og det deltakerne lærer kan og skal anvendes i deres yrkespraksis. Det å bruke eksempler og caser fra deltakernes arbeidshverdag samt repetisjon av hovedpunkter fra de gjennomgått teori underveis i forelesningen, er hensiktsmessige måter å konkretisere undervisningen på og kan bidra til læringsutbytte hos deltakerne (Hiim & Hippe, 2022, s.125; Sylte, 2021).

5.5.3.1 Teoretisk undervisning

Teoriforelesning er i følge Hiim & Hippe (2022) det fremste pedagogiske hjelpemiddelet, og er en egnet læringsform for å gi en strukturert innføring i undervisningens tema og kan brukes for å nå kunnskapsmål (Hiim & Hippe, s.125). Ved å bruke denne metoden, kan underviseren formidle relativt mye om temaet på kort tid. Undervisning kan som tidligere nevnt være en passiviserende læringsform da den primært består av enveiskommunikasjon, og det anbefales derfor at metoden ikke anvendes alene (Hiim & Hippe, 2022, s.120).

5.5.3.2 PowerPoint som læringsmiddel

For å gjøre den teoretiske undervisningen mer interessant for deltakerne, vil den presenteres i form av PowerPoint. Ifølge Berge (2017) er PowerPoint et godt hjelpemiddel i undervisning da det kan bidra til struktur, samt en visuell oversikt som kan hjelpe deltakerne til å huske store mengder informasjon. Gjennom PowerPoint presenteres innholdet med ord og bilder, men det er også viktig å være bevisst på hvordan man legger frem innholdet. Innholdet må presenteres på en engasjerende og motiverende måte og være variert slik at man klarer å holde på

deltakernes oppmerksomhet. Berges (2017) sine konkrete tips for utforming av en PowerPoint-presentasjon er derfor benyttet i utarbeidelsen av PowerPoint-presentasjonen, se tabell 19.

Tabell 19:

Konkrete tips for utforming av Power-point-presentasjon (Berge, 2017)

Prinsipp	Hvorfor?	Utformingen av PowerPoint
Kun en beskjed per lysbilde	Kun en beskjed vil styrke fokuset tildeltakerne, da man ofte vil lese det som står på presentasjonen før man lytter til forelesningen.	Kandidaten har forsøkt å ha minst mulig informasjon på lysbildene, kun det essensielle kommer frem
Ikke bruk setninger på lysbildene	Unngå å gjenta seg selv eller lese direkte av lysbildet. Ved å formidle faginnholdet med egne ord og et mer muntlig språk versus å lese direkte fra presentasjonen, kan man øke sjansen for at deltakerne lytter og får med seg innholdet	Vanskelig å unngå å bruke hele setninger, men kandidaten forstår dette som at lysbildene ikke skal fylles med tekst. Dette også for at underviseren skal bruke PowerPoint-presentasjonen som støtte slik at man kan være friere og bruke et mer muntlig språk.
Utheve det viktigste	Kontraster, bevegelser, sterke farger og store objekter er noe som først blir sett og oppfattet, og det viktigste bør derfor utheves.	Det er ikke brukt elementer med bevegelse, da kandidaten ønsker en oversiktlig og ryddig presentasjon. Det er benyttet hvit tekst mot mørk bakgrunn.

Mørk bakgrunn og animasjon	En mørk bakgrunn oppleves rolig og lar deltakerne hvile øynene og fokusere på foreleser. Animasjoner styrer og tiltrekker seg deltakernes fokus	Kandidaten har valgt å bruke en mørk bakgrunn med hvit skrift. I tillegg er det brukt figurer og illustrasjoner/ bilder for å få frem viktige poenger samt gi visuell oversikt
Få objekter per lysbilde (5-6 elementer)	Det er begrenset hva man klarer å prosessere av sanseinntrykk. Dette gjør det vanskelig å holde fokus, samt høre på forelesningen samtidig som man ser på lysbilder.	Kandidaten har i stedet for å fylle lysbildene med mange elementer, valgt å ha flere oversiktlige lysbilder om samme tema

5.5.4 Individualisering

Individualisering går ut på å tilpasse undervisningen til den enkelte deltakers læreforutsetninger (Hiim & Hippe, 2022, s.47). Dette er utfordrende i en setting der en skal undervise en gruppe sammensatt av personer med ulike erfaringer, kunnskaper og holdninger. Det vil også være vanskelig å hensynta deltakernes individuelle behov der man har en tydelig plan for måloppnåelse. Underviseren må vær bevisst på at det vil være varierende grad av prestasjon av deltakerne underveis i læreprosessen, og det er viktig å gi oppmuntring, konstruktive tilbakemeldinger samt å rose deltakerne for deres innsats. Dette vil være med på å fremme individualisering (Hiim & Hippe, s.126.)

Undervisningsprogrammet er derfor forsøkt lagt opp på en måte som stimulerer deltakernes interesse og åpner opp for læring hos deltakerne. Dette blir forsøkt ivaretatt gjennom å variere læringsmetodene for å

stimulere det visuelle (PowerPoint-presentasjon), auditive (forelesninger og diskusjon), taktile (bruk av arbeidshefte for å ta notater) og kinetiske (refleksjonsoppgaver i grupper) (Sylte, 2021, s.100-118).

5.5.5 Samarbeid

Ifølge Sylte (2021) er læring mest effektivt gjennom aktiviteter der deltakerne samarbeider med andre. Utveksling av erfaringer, diskusjoner og problem- og oppgaveløsning i grupper fremmes som gode metoder for å fremme samarbeid (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021). Kandidaten har derfor utarbeidet refleksjonsoppgaver som skal diskuteres gruppevis, for deretter å legges frem i plenum. Det er i tillegg ønskelig at det oppstår spontane diskusjoner underveis i forelesningen, på bakgrunn av deltakernes spørsmål, erfaringer og tanker rundt temaet.

5.5.5.1 Gruppearbeid

Gruppearbeid er en problembasert læringsmetode som aktiviserer deltakerne og stimulerer til samarbeid (Hiim & Hippe, 2022, s.122; Sylte, 2021, s.184). Ved å jobbe i grupper blir faglige problemstillinger belyst fra flere sider og man gjøre vurderinger og kommer frem til den beste løsningen i samarbeid med de andre deltakerne (ibid.). Dette kan bidra til at deltakerne kan reflektere over personlige holdninger, egen yrkesutøvelse, samt lære av sine kollegaers erfaring og kompetanse.

5.6 Vurdering

Vurdering er en del av læreprosessen, der man skal se på utførelsen av selve undervisningsprosessen i lys av målsetting og deltakernes læring (Hiim & Hippe, 2022; Pettersen, 2017; Sylte, 2021). Da dette er en eksamensoppgave, er det ikke aktuelt å vurdere læringsutbyttet i sin

helhet. I dette tilfellet vil det være en vurdering av selve pilotundervisningen. Dette vil gjøres i kapittel 7.0.

Før undervisningen skal gjennomføres, bør deltakernes læreforutsetninger vurderes. Dette kalles diagnostisk vurdering (Hiim & Hippe, 2022).

Hensikten med dette er å få nyttig informasjon om deltakerne og gruppen som skal undervises for å utarbeide læringsmål, velge innhold og undervisningsmetoder og tilpasse undervisningsprogrammet best mulig.

Dette er redegjort for i kapittel 5.1. Formative vurderinger er evalueringer som foretas i løpet av arbeidet (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2021).

Hensikten med slike vurderinger er å kunne forme og tilpasse undervisningsprogrammet og justere selve undervisningen. Man ser også på deltakernes utvikling og læring i lys av læringsmålene. Eksempelvis kan den som underviser spørre deltakerne underveis om innholdet er forståelig, men også hva de sitter igjen med etter endt sesjon.

Etter gjennomført undervisning bør man gjøre en summativ vurdering, der man ser på selve læreprosessen og underviserens prestasjoner (Hiim & Hippe, 2022). Her ser man blant annet på hva som var bra, hva som kunne vært annerledes, om målene som var satt er oppnådd, hvordan tiden ble disponert, om innholdet i undervisningen var oversiktlig og strukturert. En slik vurdering kan gjøres både skriftlig og muntlig. Pettersen (2017) anbefaler å sette av tid til å få tilbakemeldinger fra deltakerne. Det bør etterspørres tilbakemeldinger på hvordan undervisningen har bidratt til deltakernes læring, hva de sitter igjen med av teoretisk kunnskap og ferdigheter, men også konstruktive tilbakemeldinger på hva som kunne vært gjort annerledes. Med utgangspunkt i tilbakemeldingene kan man gjøre nødvendige justeringer og endringer til neste gang man skal gjennomføre undervisningsprogrammet (Hiim & Hippe, 2022).

Det er utarbeidet et evalueringsskjema basert på Sylte (2021, s.83) og Hiim & Hippe (2022) sine eksempel på hensiktsmessige momenter i evalueringsskjema. Evalueringsskjemaet skal fylles ut av deltakerne slutten av undervisningsprogrammet.

6.0 Presentasjon av undervisningsprogrammet

Undervisningsprogrammet består av ulike læringsaktiviteter, som forelesning, gruppearbeid og plenumsdiskusjon. I det kommende vil PowerPoint-presentasjonen som bli anvendt under selve undervisningen bli presentert. Den er utarbeidet på bakgrunn av innholdet i kapittel 5.4.



A close-up photograph of a person's hand holding a small, round, white pill between their thumb and index finger. The background is blurred, showing the person's face and beard.

Akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter

ILLUSTRASJON HENTET FRA: [HTTPS://WWW.HELSIBIBLIOTEKET.NO/INNOLD/ARTIKLER/PSYKISK-HELSE/PSYKNYTT/OKT-BRUK-AV-STERKE-SMERTESTILLENDENDE-MEDISINER-MED-OPIOIDER-FHI](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/okt-bruk-av-sterke-smertestillende-medisiner-med-opioider-fhi)

- ▶ Læringsmål
- ▶ Undervisnings innhold
- ▶ Læringsaktiviteter

- ▶ Forventninger?
- ▶ Erfaringer?

Refleksjon

Hvorfor er dette et komplisert tema?

- ▶ År 2020:
 - ▶ 18.203 pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet
 - ▶ 7900 i LAR

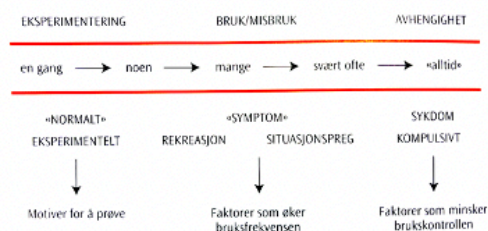
- ▶ Rusreformen 2004
- ▶ Barrierer: mangel på kunnskap om pasientgruppen og behandling
- ▶ Begrensninger i ressurser

▶ MÅL

- ▶ Gi hensiktsmessig kompetanse til helsepersonell i klinikken

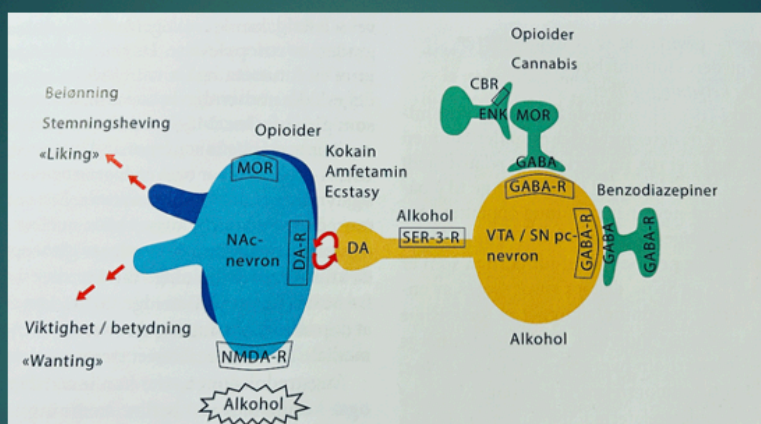
Rusmiddelavhengighet

- ▶ kognitive, atferdsmessige og fysiologiske komponenter styrer pasientens atferd og handlinger (FHI, 2022)
- ▶ inntaket er gjentakende og tvangsmessig på tross av negative konsekvenser for den enkeltes liv og helse



Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv

- ▶ seks modeller som årsaksforklaringer (Mørland & Waal, 2016) :
 - ▶ Normativ svikt
 - ▶ Problemer
 - ▶ Innlært atferd
 - ▶ Identitetsutvikling
 - ▶ Sosial sammenheng
 - ▶ Filosofisk perspektiv



Mørland & Waal (2016, s.31)

Nevrobiologiske aspekter

- ▶ Gjentatt bruk av et rusmiddel skaper langvarige nevroplastiske endringer
 - ▶ Endringer i nevronenes funksjon og evt. struktur
 - ▶ Eksempelvis toleranseutvikling eller sensitivisering (forsterket rusmiddeleffekt)

Nevrobiologiske aspekter forts. Hva skjer i hjernen?

- ▶ Endring av dopamine nevroner
 - ▶ Økt «drug wanting» (trang til rusmiddelinntak) og «drug liking» (senkning av belønningseffekt), belønning erstattes av vane
 - ▶ Atferdsendringer: svekket impulskontroll, redusert evne til å ta gode og hensiktsmessige valg, redusert atferdsmonitorering og kontroll, sviktende evne til å innse åpenbare uheldige konsekvenser og rusmiddelsøkende atferd
 - ▶ Utvikling av sterk trang til rusmiddelbruk etter avsluttet bruk
 - ▶ Toleranseutvikling
 - ▶ Anhedoni og dysfori

Nevrobiologiske aspekter forts. Hva skjer i hjernen?

- ▶ Endring av mesolimbiske nevroner og andre hjerneområder
 - ▶ Reduksjon av aktivisering av antistressneuropeptid i amygdala
 - ▶ Følelse av ubehag og stress ved opphør av rusmiddelinntak

Nevrobiologiske aspekter forts. Hva skjer i hjernen?

- ▶ Endring av locus coeruleus og andre overordnede sentre i det autonome nervesystemet
 - ▶ Toleranseutvikling for rusmiddelets hemmende effekt på LC-aktivitet
 - ▶ Økt aktivitet i LC gir raskere hjerteaksjon, blodtrykkstigning, økt kroppstemperatur, svetting, «gåsehud»
 - ▶ LC-aktiviteten normaliseres når rusmiddelet er tilstede

Opioidavhengighet

- ▶ Avhengighet til stoffer som binder seg til og stimulerer opioidreseptorer
- ▶ Virkninger og bivirkninger:
 - ▶ Ustabil emosjonell atferd og humørsvingninger, psykomotorisk retardasjon, nedsatt hukommelse og konsentrasjon

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR

- ▶ «Legemiddelassistert rehabilitering er tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp.»

(LAR-forskriften, 2009, § 3)

Hovedmålsetting i LAR

- ▶ bidra til rehabilitering ut ifra den enkelte pasients forutsetninger og muligheter, og tar sikte på å hjelpe den enkelte til å gradvis oppnå sitt best mulige helsemessige, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR

- ▶ Substitusjonsbehandling: Buprenorfin-preparater og Metadon
- ▶ Medisinsk behandlingsprinsipp:
 - ▶ Stabil binding av legemidler til opioidreseptorene for å erstatte brukerens uregelmessige, illegale bruk av opioider
 - ▶ Effekt:
 - ▶ Dempet rustring, forhindret abstinensutvikling, økt mulighet for vellykket rehabilitering

Buprenorfin Suboxone® (førstevalg i LAR)

- ▶ Suboxone® : kombinasjonspreparat med buprenorfin og opioidantagonisten naloxon
- ▶ Dosering: sublingvaltabletter, 8-24 mg/døgn
- ▶ Lang virkningstid, kan doseres annenhver til hver tredje dag

Foto: Pål Christensen

Hentet fra:
<https://www.aftenbladet.no/meninger/leder/i/y6x7EA/uverdig-behandling-av-rusavhengige>



Metadon

- ▶ Sterkt syntetisk opioid
- ▶ Dosering: mikstur, 80-120 mg/døgn
- ▶ God absorpsjon og sen metabolisme, dosen kan derfor inntas en gang per døgn
- ▶ Mikstur for overvåkning av inntak

NB!

Effekten øker i takt med dosen som inntas, og blokkerer ikke andre opioider. En kombinasjon med andre legale eller illegale rusmidler, gjør at risikoen for overdosering av metadon er større enn ved bruk av buprenorfin

Foto: Tone Iversen / NRKH

Hentet fra: <https://www.nrk.no/norge/metadon-1.14356246>



Smerteopplevelse

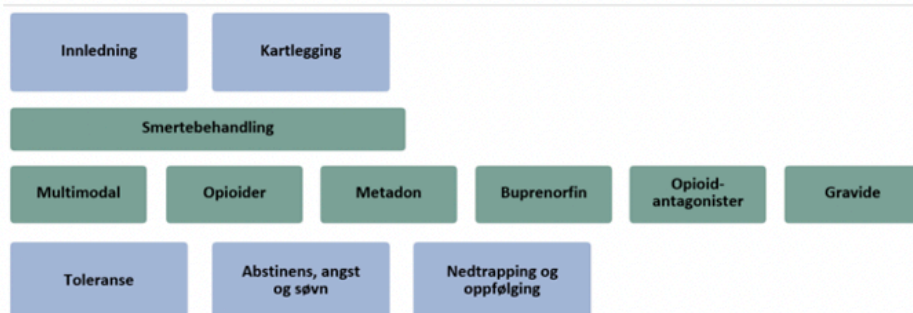
- ▶ Langvarig bruk av opioider fører med seg hemmet utskillelse av endorfiner
 - ▶ Opioidindusert hyperalgesi
 - ▶ Unormalt høy sensitivitet for smerte
 - ▶ Senket smerteterskel og økt følsomhet i nociseptive reseptorer
 - ▶ Samtidig utvikling av hyperalgesi, sensitivisering og toleranse
 - ▶ Pasienten opplever mer smerte enn forventet
 - ▶ Nødvendig med høyere doser og eventuelt annen kombinasjon av legemidler

Sykepleierens funksjon og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienter

- ▶ Kombinert oppgave (selvstendig sykepleietiltak og legedelegert)
- ▶ Personlig, faglig og juridisk ansvar for å ivareta pasientrettigheter, pasientsikkerhet og gi faglig forsvarlig behandling
- ▶ Holdninger og forutinntatthet påvirker faglige beslutninger
 - ▶ truer pasientsikkerheten

Generelle prinsipper for smertebehandling

- ▶ Individualisering av behandling
- ▶ Tverrfaglig tilnærming
- ▶ Aksept av pasientens opplevelse og legemiddeltoleranse



«Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider» (OUS, 2021)

Kartlegging av smerter og avhengighetstilstand

- ▶ Hva kartlegges?
 - ▶ Smerter og behov for smertebehandling
 - ▶ Bruk av legemidler og rusmidler, samt brukerdoser
 - ▶ Behov for substitusjonsbehandling for å unngå abstinenser
 - ▶ Pasientens tidligere erfaringer
 - ▶ Bruk av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringsstrategier

Kartlegging

- ▶ Systematisk fremgangsmåte og bruk av etablerte kartleggingsverktøy
 - ▶ Bidrar til individualisering av behandling
 - ▶ Flere kan bruke flere for å supplere hverandre
 - ▶ NRS / VAS
 - ▶ OOWS (opioidabstinensskala)
 - ▶ DUDIT (Drug Use Disorder Identification)
 - ▶ ESAS (Edmont Symptom Assessment System, med kroppskart)

Anbefalte kartleggingsverktøy fra OUS (2021)

Områder som kartlegges	Vurder kartleggingsområdene i forhold til følgende kategorier:	Forslag til verktøy
- Bruk av legemidler (både legale og illegale) - Døgnforbruk av legemidler som kan påvirke effekten av opioider: opioider, benzodiazepiner, alkohol og andre legemidler - Effekt og bivirkning av legemidler, samt toleranseutvikling, abstinens og interaksjoner	- Tidligere opioidbruker - Opioidbruker: Opioid døgndoser < 60 mg OMEQ siste 90 dager før kirurgi - Opioidtolerant: Opioid døgndoser ≥ 60 mg OMEQ siste 7 dager før kirurgi	- OMEQ (omregningstabell for opioider til orale morfinekvivalenter) - OOWS (opioidabstinnenskala) - AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption) - DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test)
- Smertehistorie: smertefulle opplevelser/traumer (fysiske og psykiske), tidligere kirurgiske inngrep - Andre psykososiale faktorer	- Sensitisering - Angst, depresjon, søvn - Tidligere bruk av vanedannende midler	- Klinisk undersøkelse - Anerkjennende kommunikasjon med tilrettelegging for pasientmedvirkning hvis mulig og hensiktsmessig
- Smertekartlegging: lokalisasjon, intensitet og varighet	- Forverring av underliggende sykdom eller ny smerte	- NRS, fysisk undersøkelse, kroppskart - ESAS-skjema (Edmont Symptom Assessment System, med kroppskart)

Opioidabstinnenskala

Objective Opioid Withdrawal Scale - OOWS

Observer pasienten over en periode på 5 minutter. Skriv deretter inn skårverdien for hvert abstinensstegn (1-13) og regn ut totaltår.

Dato					
Klokkeslett					
1	Gjensing (frekvens av gjensing per observasjonstid)	0 = ingen gjensing 1 = 2-3 gjensing			
2	Rennende nese (frekvens av snufs pr observasjonstid)	0 = < 3 snufs 1 = ≥ 3 snufs			
3	Gåsehud (observer armen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
4	Svetteing	0 = fraværende 1 = tilstede			
5	Tåreflod	0 = fraværende 1 = tilstede			
6	Dilaterte (store) pupiller	0 = fraværende 1 = tilstede			
7	Tremor (hender)	0 = fraværende 1 = tilstede			
8	Hvete- og fryssetokter (skjelve/hvite seg sammen for å holde varmen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
9	Rastløshet (hyppige stillingsendringer)	0 = fraværende 1 = tilstede			
10	Oppkast	0 = fraværende 1 = tilstede			
11	Muskelrykninger	0 = fraværende 1 = tilstede			
12	Magekramper (pasienten holder seg på magen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
13	Angst (alle grader fra mild til alvorlig*)	0 = fraværende 1 = tilstede			
Totaltår					

* Mild angst (observede tegn: forstetting, flåsing, fingertremning). Moderat til alvorlig angst: oppblåst, klær ikke å sette stoffe, kjøling, panikkangest, klager over pustebesvær, bevegelsesløshet, hjertebank

DUDIT

Drug Use Disorder Identification Test

©2002 Anna H. Becker, Mark Beggs, Tom Fenderson & Peter Schryer MD, FRCPC

Spørsmål	Ja	Nei	Hvordan ofte?	Dob
1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	1 (gjenganger)	0 (gjenganger)	0-2 ganger i uken	3 (gjenganger)
2. Skulle du finne noen av opplystede stoffer i ditt hjem?	1 (gjenganger)	0 (gjenganger)	0-2 ganger i uken	3 (gjenganger)
3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du legemidler som ikke er for smerte?	0	1-2	3-4	5-6
4. Hvor ofte blir du berørt av påstander om andre rusmidler?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
5. Har du det siste året opplevd et langvarig eller varseløst søvnløst tilstand som varer i flere dager eller mer?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke har klart å holde seg til å ta medisiner som du har fått utskrevet?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du vært berørt av påstander om andre rusmidler som ikke er for smerte?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du vært berørt av påstander om andre rusmidler som ikke er for smerte?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du vært berørt av påstander om andre rusmidler som ikke er for smerte?	Alvorlig	Stikkende smertefull	Hver nå og da	Ofte eller mer enn en gang
10. Har du eller noen andre BSE skadet eller ødelagt noen av dine ting som du har kjøpt eller fått utskrevet?	Nei	Ja, men ikke mer enn en gang	Ja, mer enn en gang	Ja, hvert år eller mer
11. Har du noen gang opplevd et angrep eller en episode som varer i flere dager eller mer som du ikke har fått utskrevet eller som du ikke har fått utskrevet?	Nei	Ja, men ikke mer enn en gang	Ja, mer enn en gang	Ja, hvert år eller mer

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (Slapphet/mangel på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen desighet (Desighet=å føle seg søvrig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig desighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velværehvordan du har det all best i behandling)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig

Pasientens navn: _____

Dato: _____

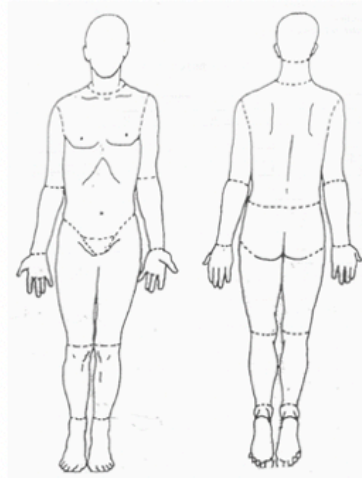
Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Edmonton symptom assessment system, revisert versjon 2010 (ESAS-r)

SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

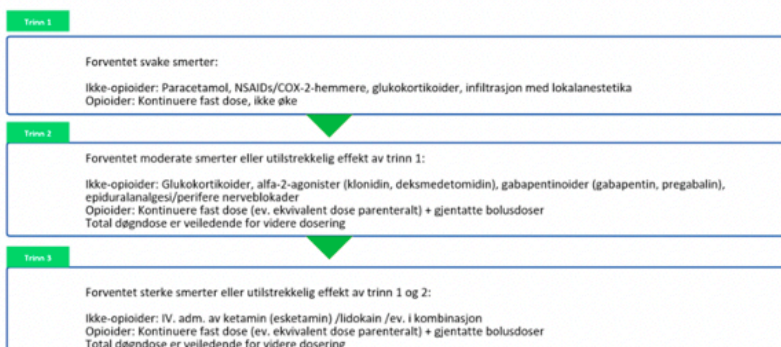
A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Svivende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

Administrering av smertebehandling

- ▶ Legemiddelhåndtering: administrering, observere virkning og bivirkninger
- ▶ Kunnskap og kompetanse om legemidler, rutiner og prosedyrer og tilgjengelige ressurser
- ▶ Retningslinjer er til hjelp (OUS sin retningslinje)
- ▶ Tverrfaglig samarbeid
 - ▶ Samarbeid med lege
 - ▶ Smerteteam
 - ▶ Anestesipersonell

Multimodal smertebehandling

- ▶ Anvende flere medikamenter og teknikker i smertebehandling
- ▶ Ikke-medikamentelle
 - ▶ Avspenning, tilstedeværelse av pårørende
- ▶ Medikamentelle
 - ▶ Utnytter medikamentenes ulike analgetiske egenskaper i synergi med hverandre
 - ▶ Behandle pasientens smerter via ulike reseptorer



Trinnvis multimodal smertebehandling

Substitusjonsbehandling

Anbefales å kontinuere substitusjonsbehandlingen for å unngå abstinensutvikling

- ▶ Døgndosen holdes uendret
- ▶ Ved forventet sterk smerte kan døgndosen økes med 20-30% dersom pasienten bruker under 16 mg/døgn
- ▶ Dosen deles opp for å sikre jevn algesi
- ▶ Morfin eller fentanyl anbefales ved behov for opioider
- ▶ EKG-overvåking ved økning av Metadon da det kan gi økt QTc-tid

Alt.	Metadon-dose	Total metadondose med 20-30% økning	Administrasjon
1.	90 mg peroral	120 mg peroral	30 mg +30 mg + 30 mg peroralt, + 10mg ved behov opptil totalt 120 mg
2.	90 mg peroral	120 mg peroral	90 mg (preoperativt) + 10 mg ved behov opptil totalt 120 mg
3.	90 mg peroral	60 mg intravenøst	15 mg x 4 eller 10 mg x 6 intravenøst (under kontinuerlig overvåking på PO/intensiv

Gruppearbeid med refleksjonsoppgaver

- ▶ Hvilke faktorer er med på å komplisere smertebehandlingen til LAR-pasienter?
- ▶ Kun 25 % av sykepleiere kartla pasientens smerte, kun et fåtall kartla rusmiddelavhengighet (Li et al., 2012)
 - ▶ Hva tror dere er årsaken til dette?
 - ▶ Hvorfor er kartlegging så viktig?
- ▶ Hva er hensikten med multimodal smertebehandling?

Referanser

- ▶ Aakre, M. & Biong, S. (2018). Etske utfordringer og etisk kompetanse. Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.70-89). Oslo: Cappelen Akademisk
- ▶ Bielecki, T. & Børdahl, B. (2017) *Legemiddelhåndtering*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- ▶ 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), p.289–297
- ▶ Coffa, D., & Carr, D. (2020). Management of acute pain in adults with opioid use disorder
- ▶ Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.-G. I Stubberud, R. Grønseth, H. Almås, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 381-427)
- ▶ Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6866a31b88_dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf
- ▶ Dever, C. (2017). Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient. *Journal of Trauma Nursing*. 24(5), s. 292-299. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000309
- ▶ Dihle, A. (2021). Smerte og smertebehandling. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 88-106). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- ▶ Ervik, R. & Biong, S. (2018). Politikk og konsekvens for praksis. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.44-68). Oslo: Cappelen Akademisk

- ▶ Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*;14(75746):e-75746. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.57746
- ▶ Haga, W. (2021). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I: K. Lossius, & K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s.319-335). Oslo: Gyldendal
- ▶ 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), s. 789-794. DOI:10.1016/j.nedt.2015.02.02
- ▶ LAR-forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering* (FOR-2009-12-18-1641). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- ▶ Leonardsen, A-C.L., Hansen, H.B. & Kaurin, C., S. (2021). Sykepleiere i akuttmottak er usikre på smertebehandling av LAR-pasienter. *Sykepleien*.
- ▶ 109(85723):e-85723DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.8572385723](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.8572385723)
- ▶ Li, R., Undall, E., Andenæs, R & Na'den, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), s. 252-260. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- ▶ Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius, & K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s. 23-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- ▶ Lund, I., O., Bye, E., K. & Sandøy, T., A. (2022). Bruken av alkohol og andre rusmidler I Noreg. I: *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmidler--folkehe/?term=#lar-behandling>

- ▶ Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo; Universitetsforlaget.
 - Kap.1 Rus, rusmidler og rusproblemer*
 - Kap.2 Rusmiddelproblemer i biopsykososialt perspektiv*
 - Kap.4 Behandling av rusproblemer og rusbrukslidelser*
 - Kap.5.3 Opioider*
 - Kapittel 8. Samsykdommer og skader – komorbiditet*
- ▶ Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2023). *Metadon og buprenorfin*. <https://oslo-universitetssykehus.no/faq-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/metadon-og-buprenorfin#hva-er-metadon-og-buprenorfin>
- ▶ Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Kliniske sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie 1*. (5. utg, s. 17-37). Gyldendal Akademisk
- ▶ Norsk elektronisk legehåndbok, NEL (2022) *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)* <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/rus-og-avhengighetsmedisin/pasientinformasjon/tilstander/legemiddelassistert-rehabilitering-lar>
- ▶ Oslo Universitetssykehus (2021). *Akutt smertelindring til pasienter med langvarig bruk av opioider*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136464#Buprenorfin>
- ▶ Skoglund, A. & Blong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Blong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.178-193). Oslo: Cappelen Akademisk

- ▶ Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
 - Kapittel 1. Terminologi og begrepsavklaringer*
 - Kapittel 2. Avhengighet*
 - Kapittel 8. Behandling og oppfølging av etablert rusmiddelavhengighet*
- ▶ Punches, B.E., Berger, K.M., Friermunth, C., E., Solliman, S.A., Walker, Q.T. & Lyons, M.S. (2021). Emergency Nurse Perceptions of Pain and Opioids in the Emergency Department. *Pain Management Nursing*. 22(5), p. 586-591. DOI: 10.1016/j.pmn.2021.05.003
- ▶ Veazie, S., Mackey, K., Peterson, K. & Bourne, D. (2020). Managing Acute Pain in Patients Taking Medication for Opioid Use Disorder: a Rapid Review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), p.945-953. DOI:10.1007/s11606-020-06256-5.

7.0 Utføre og evaluere undervisningsprogrammet

I dette kapitlet presenteres prosessen i utførelses- og evalueringsfasen i modell for kvalitetsforbedring (Kosmo et al., 2015; Helsebiblioteket, 2021).

Det anbefales å først prøve ut kvalitetsforbedringsarbeid i liten skala, såkalt pilotutprøving. En pilotutprøving innebærer å prøve ut tiltaket for målgruppen. Deretter gjøres det en vurdering av piloten, for så å justere og tilpasse innhold og undervisningsmetoder ut ifra tilbakemeldingene (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2020; Pettersen, 2017).

Pilotutprøvingen ble gjennomført i samarbeid med avdelingsledelsen og fagutviklingssykepleier. Det var kun den teoretiske delen av undervisningsprogrammet som ble gjennomført. Kandidaten informerte deltakerne i pilotutprøvingen at det ordinære undervisningsprogrammet ville bli lagt opp med gruppeoppgaver med caseløsning i etterkant av forelesningen.

Forbedringstiltak bør evalueres i etterkant av gjennomføring for å vite om det har ført til forbedringer og om det har virket etter hensikten. Da dette er et eksamensarbeid, er det vanskelig å reflektere over og måle resultatene hos deltakerne og si noe om pasientsikkerheten for LAR-pasienter med akutt smerteproblematikk er styrket.

Undervisningsprogrammet er derfor evaluert ut ifra punktene i den didaktiske relasjonsmodell (Kunnskapssenteret, 2015b). I tillegg til kandidatens egen vurdering, ble undervisningsprogrammet også evaluert av deltakerne i pilotutprøvingen, både muntlig og gjennom evalueringsskjemaer.

Det ble utarbeidet et evalueringsskjema for å få konkrete og tilpassede tilbakemeldinger som kan bidra til justering og forbedring av undervisningsprogrammet. Evalueringsskjemaet er inspirert av momenter fra Hiim & Hippe (2022) og Sylte (2021). Evalueringsskjemaet finnes vedlagt oppgaven.

7.1 Læreforutsetninger

Pilotutprøvingen ble gjennomført en gang på et fagseminar. Fagsykepleier hadde valgt ut seks akuttsykepleiere som skulle delta på denne pilotutprøvingen. Deltakerne bestod av fire sykepleiere og to sykepleiere med videreutdanning i akuttsykepleie, alle med ulik fartstid og erfaringer fra helsevesenet.

Deltakernes læreforutsetninger ble kartlagt ved å spørre om deltakernes erfaringer med smertebehandling til LAR-pasienter. Det var kun et fåtall som hadde noe erfaring med dette, og de fleste hadde lite eller ingen erfaring. Det ble uttrykt fra flere at de opplevde temaet som utfordrende og viste stor interesse for undervisningsprogrammet. Utover dette hadde de ingen større forventninger for undervisningen.

7.2 Rammefaktorer

Undervisningen ble holdt på et fagseminar arrangert av kandidaten selv. I forkant ble det booket et egnet undervisningsrom og det ble sjekket at det audiovisuelle utstyret var på plass og fungerte slik at PowerPoint-presentasjonen kunne presenteres uten problemer. Det var ikke behov for utstyr utover dette da det kun var PowerPoint-presentasjonen som skulle legges frem i pilotutprøvingen. Det var satt av en time til undervisningen. Underveis kom det spennende innspill og oppstod interessante

diskusjoner. Undervisningen gikk derfor ti minutter over tiden. Deltakerne fikk i tillegg utdelt PowerPoint-presentasjonen som arbeidshefte.

Underviseren selv er også en av rammefaktorene (Hiim & Hippe, 2022). Evalueringsskjemaet som ble brukt har også spørsmål rundt dette konkretisert som underviseren bidro til å skape en god læreatmosfære og underviseren virket faglig trygg på innholdet.

7.3 Målet med undervisningsprogrammet

Innledningsvis i undervisningen ble deltakerne informert om læringsmålene som var satt og hensikten med undervisningen. Evalueringsskjemaet hadde ingen konkrete spørsmål om måloppnåelse, men deltakerne ble spurt om følgende:

- Undervisningen opplevdes som relevant
- Undervisningen har styrket min kompetanse



Figur 7.3: Undervisningen har styrket min kompetanse

Deltakerne var tydelige på at det var et interessant tema og som bidro til å styrke deres spesifikke kompetanse. Det ble stilt et åpent spørsmål om

hva som var det viktigste de hadde lært og hvilke momenter som ville få betydning for deltakernes sykepleieutøvelse. Følgende kommentarer kom fra deltakerne:

- «Mer bevisst på at egne holdninger og forutinntatthet påvirker pasientbehandlingen.»
- «Innsikt i akuttsykepleierens rolle og ansvar ved smertebehandling til LAR-pasienten, og viktigheten av å vise pasienten tillitt og være dens talerør.»
- «Inngående kunnskap om LAR-pasienters opplevelse av smerte, og hvorfor man må handle annerledes enn hos «vanlige» pasienter.»
- «Innsikt i og kunnskap om kartleggingsverktøy og viktigheten av å bruke de.»
- «Konkret kunnskap om kompleksiteten til pasientgruppen, samt hvordan gå frem med den medisinske behandlingen til pasienten.»

Basert på tilbakemeldingene har deltakerne blitt mer bevisste på at egne holdninger og manglende kunnskap kan påvirke pasientbehandlingen. De har i tillegg fått kunnskap om pasientgruppen samt anbefalinger i den medisinske behandlingen. Det må vurderes om det skal stilles mer konkrete spørsmål om måloppnåelsen i evalueringen av den ordinære undervisningen. I pilotundervisningen hadde kandidaten mer fokus på selve læreprosessen og rammefaktorene, som tid og deltakernes motivasjon.

7.4 Undervisningens innhold

Deltakerne ble også spurt om undervisningsprogrammets faglige innhold. Deltakerne mente at de hadde tilegnet seg nye kunnskaper, at innholdet var relevant for deres yrkespraksis og at innholdet hadde god kvalitet. I tillegg var innholdet presentert på en tydelig og strukturert måte. Deltakerne ble underveis i pilotundervisningen spurt om innholdet var

forståelig og om det var tilpasset deres nivå. De mente at innholdet var forståelig og at de kunne relatere innholdet til praksis.



Figur 7.4a: Undervisningens innhold var av god kvalitet og har bidratt til ny kunnskap



Figur 7.4b: Innholdet ble presentert på en oversiktlig og strukturert måte

Deltakerne ble også oppmuntret til å komme med konstruktive tilbakemeldinger og påpeke hva som eventuelt kunne vært annerledes. Følgende kommentarer ble gitt av deltakerne:

- «Mer avsatt tid til innspill og faglige diskusjoner underveis i undervisningen.»
- «Ønske om å arbeide med caseoppgavene også i piloten.»

7.5 Læreprosessen / undervisningsmetoder

Deltakerne opplevde undervisningsprogrammet som interessant, lærerikt og relevant. I tillegg kom det tilbakemeldinger på at underviserens interesse og engasjement smittet over på deltakerne, noe som bidro til interesse og lærelyst.

Det kom også tilbakemeldinger på at det var praktisk og fint med arbeidshefte som inneholdt PowerPoint-presentasjonen, slik at de kunne ta notater underveis og ikke være redd av å gå glipp av viktig informasjon som ble gjennomgått.



Figur 7.5 Undervisningsmetodene var hensiktsmessige og lagt opp på en måte som engasjerte og vekket interesse

Det var ønskelig å få konkrete positive tilbakemeldinger, for å kunne bruke det ved kommende undervisninger. Positive tilbakemeldinger gjør at man får innsikt i hva som gjøres bra og videre bruke denne konstruktivt og som motivasjon for å bli enda bedre (Hiim & Hippe, 2022, Sylte, 2021).

- «Strukturert og oversiktlig PowerPoint-presentasjon. Lett forståelig og enkelt å henge med i undervisningen.»

- «Positivt at det var åpent for diskusjon underveis i forelesningen, da jeg lærer mye av andres innspill og erfaringer.»
- «Plenumsdiskusjoner og erfaringsutveksling er både spennende og lærerikt. Samme med gruppearbeid, der man diskuterer og lærer av hverandre.»

Deltakerne var tydelig på at plenumsdiskusjonene med erfarings- og kunnskapsutveksling var svært lærerikt, samt muligheten for å kunne komme med spørsmål og innspill og diskutere dem sammen bidro til å få et godt læringsutbytte.

7.6 Vurdering av pilotundervisningen

Evalueringen av pilotut prøvingen opplevdes som både hensiktsmessig og nyttig. Ut ifra tilbakemeldingene i evalueringsskjemaene, ble pilotundervisningen sett på som vellykket for deltakerne og også kandidaten selv. Tilbakemeldingene på gjennomføringen og innholdet i undervisningen var positive. De var også nyttige for å kunne videreutvikle og justere undervisningsprogrammet.

Evalueringsskjemaet inneholdt både åpne spørsmål og også muligheter for å gi mer spesifikke skriftlige tilbakemeldinger. Dette var det relativt få som benyttet seg av. Det hadde vært nyttig å få mer spesifiserte og konkrete tilbakemeldinger på hva deltakerne hadde lært, hva som var bra, hva som kunne justeres og forbedres utover at de følte at innholdet var relevant og at de opplevde å ha fått styrket sin kompetanse inn mot akutt smertebehandling til LAR-pasienter. Dette ville kanskje blitt synlig gjennom gruppeoppgaven, samt mer tid til plenumsdiskusjoner i lys av refleksjonsoppgavene

8.0 Etske overveielser

Yrkesetiske retningslinjer legger grunnlaget for all sykepleie (NSF, 2023). Etske overveielser vil i denne sammenheng dreie seg om akuttsykepleierens holdninger til undervisning samt ivaretagelse av de fire etske prinsippene presentert i kapittel 8.2 i klinisk praksis.

8.1 Akuttsykepleierens holdninger til kvalitetsarbeid og læring

Fagutvikling gjennom prosjekter og andre kvalitetssikringsarbeid er svært nyttig for klinikerne samt arbeidsplassen i helhet. For at man skal lykkes med forbedringsarbeidet, samt opprettholde resultatene, er det essensielt at man arbeider med og ivaretar viktige forutsetninger, som blant annet opplæring, holdninger til forbedring og endring, og endringene i seg selv (Helsebiblioteket, 2021; Helsedirektoratet, 2019).

Kvaliteten på helsetjenesten hviler i stor grad på den enkelte akuttsykepleierens holdninger og faglige kunnskap (Aakre & Biong, 2018; Stubberud, 2018). Kandidatens erfaring tilsier at de aller fleste akuttsykepleiere er positive til kvalitetsforbedringsarbeid, undervisning og kompetanseutvikling, da de har et ønske om å lære og yte helsehjelp av god kvalitet. Det er tatt utgangspunkt i dette i undervisningen og det er tydeliggjort at kompetanseheving er hovedmålet. I tillegg anses det som hensiktsmessig å legge opp undervisningen for å stimulere deltakernes indre motivasjon gjennom å ha et variert, men strukturert undervisningsprogram tilpasset deltakerne, som vekker interesse og engasjement (Hiim & Hippe, 2022).

De satte rammefaktorene og forutsetningene kan være med på å begrense muligheten for å lykkes med et slikt arbeid. Stubberud (2018) fremmer viktigheten av at opplæring og undervisning må settes i system

for å oppnå varig endring, eksempelvis gjennom introduksjonsdager eller obligatoriske fagdager. Dette gjør stoffet tilgjengelig for de ansatte, samtidig som de blir mer bevisst på kunnskapen og retningslinjer. Det er først og fremst ønskelig å bruke arbeidstiden til opplæring og kompetanseutvikling, men en hektisk arbeidshverdag kan begrense mulighetene for dette. Det kan derfor ofte bli behov for å bruke tiden utenfor ordinær arbeidstid for dette, noe som ofte kan virke demotiverende og påvirke holdningene til akuttisykepleierne til kvalitetsforbedringsarbeid i negativ retning (Stubberud, 2018). Derfor vil et planlagt undervisningsprogram som gjennomføres på en obligatorisk fagdag være en god mulighet for å få gjennomført.

8.2 Ivaretagelse av etiske prinsipper

Akuttsykepleieren har et selvstendig og personlig ansvar for at de vurderinger og handlinger man utfører i egen yrkespraksis er etisk, juridisk og faglig forsvarlig (NSF, 2023; NLAS, 2011). Akuttsykepleiefaglig engasjement rundt pasient, pasientbehandling og pasientsikkerhet kan synliggjøres gjennom kvalitetsforbedringsarbeid (Stubberud, 2018). Kvalitetsforbedringsarbeid som undervisningsprogram kan være med på å ivareta fire sentrale etiske prinsipper: velgjørenhetsprinsippet, ikke-skade-prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Brinchmann, 2021; NSF, 2023; Stubberud, 2018). Disse fire prinsippene har stor innflytelse på etisk refleksjon i yrkespraksis og bør stå sentralt når man utvikler undervisningsprogram.

Målet med undervisningsprogrammet er å gi felles forståelse og kompetanse innenfor et problemområde. Gjennom dette sikres pasientenes rett til lik behandling og helsehjelp uavhengig av økonomi, kjønn og sosial status uavhengig av hvem som er på vakt og til hvilken tid

på døgnet pasienten har behov for helsehjelp (Aakre & Biong, 2018; Nordtvedt, 2021).

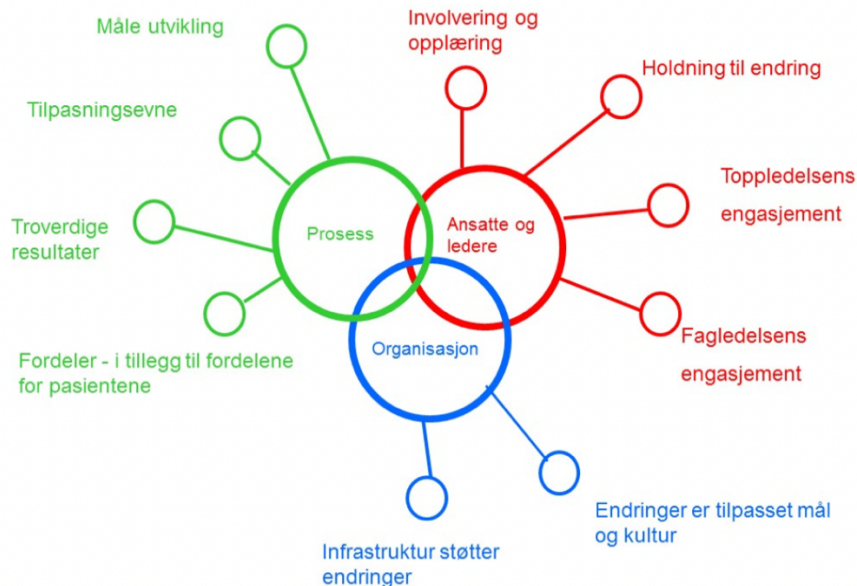
Tabell 20: Ivaretagelse av etiske prinsipper gjennom undervisningsprogrammet

ETISKE PRINSIPPER	
Hva innebærer prinsippet?	Hvordan ivaretas det gjennom undervisningen?
Velgjørenhetsprinsippet	
<p>Helsepersonell handler etter beste evne i pasientens beste interesse gjennom å forebygge og behandle sykdom og fremme helse (Brinchmann, 2021).</p> <p>Forsvarlighetskravet angir en minimumsstandard for den helsehjelpen som ytes (Helsepersonelloven, 1999, § 4).</p>	<p>Undervisningsprogrammet er bygget på best tilgjengelige kvalitetssikrede kunnskap, som dermed fremmer kunnskapsbasert praksis. Det vil også gi økt kunnskap og kompetanse hos akuttstykkepleierne, slik at man bedre kan tale pasientens sak og delta i beslutninger rundt pasientbehandlingen.</p>
Ikke-skade-prinsippet	
<p>Ikke-skade-prinsippet innebærer å forebygge komplikasjoner og beskytte pasienten mot feil behandling og dårlig praksis (Stubberud, 2018, Brinchmann, 2021). Akuttstykkepleiere har et stort ansvar for å unngå unødvendige komplikasjoner som følger av pasientbehandlingen.</p>	<p>Hensikten er å heve akuttstykkepleierens kompetanse og kunnskap slik at kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten blir ivaretatt. Ved å kartlegge pasientens behov for smertebehandling og individets avhengighetsproblematikk, samt administrere en god og tilstrekkelig medisinsk behandling, kan man gi en forsvarlig pasientbehandling og dermed reduserer risikoen for komplikasjoner.</p>

Autonomiprinsippet	
<p>Pasienten ses på som selvbestemmende (autonomt) samt at de har rett til å bli informert og rett til å være medbestemmende (Brinchmann, 2021). Pasientens autonomi kan ivaretas gjennom å gi grundig og tilpasset informasjon samt involvere pasienten mest mulig rundt vurderinger og beslutningstaking.</p>	<p>Ved å fokusere på bevisstgjøring av holdninger og andre faktorer som kan være til hinder for å utøve forsvarlig sykepleie. I tillegg vil et godt faglig innhold bidra til at akuttsykepleier kan handle etter gode behandlingsprinsipper og gi god informasjon til pasienten rundt dette, og ikke minst bruk av kartleggingsverktøy slik at pasienten blir direkte involvert og får mulighet til å uttrykke sine behov.</p>
Rettferdighetsprinsippet	
<p>Alle pasienter har lik rett på å få faglig, juridiske og etisk forsvarlig medisinsk behandling, uavhengig av pasientens kjønn, sosiale status, rase og engasjement fra ressurser rundt pasienten (Aakre & Biong, 2018; Stubberud, 2018).</p>	<p>Undervisningen kan bidra til at sykepleieutøvelsen til enhver tid er basert på kvalitetssikret teoretisk kunnskap og retningslinjer, og man kan unngår uønsket variasjon i behandlingen som gis da flere akuttsykepleiere i avdelingen vil inneha god kunnskap rundt temaet. Dette kan tillegg kan man bidra til en felles forståelse for hvordan man kan ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte.</p>

9.0 Hvordan følge opp kvalitetsarbeidet?

Hovedhensikten med utviklingen av undervisningsprogrammet er å skape varige endringer (Stubberud, 2018). For å lykkes med dette er det i modell for kvalitetsforbedring identifisert flere faktorer hos både de ansatte og ledere, i organisasjonen samt selve prosessen som må ivaretas, se figur 9.0 (Helsebiblioteket, 2021).



Figur 9.0 Faktorer for vedvarende forbedring (Helsebiblioteket, 2021)

En viktig del av prosessen for å gi varig endring, er å jobbe med holdninger og motivasjon. Hos voksne er faktorer som faglig og personlig utvikling viktige for motivasjonen (Hiim & Hippe, 2022; Sylte, 2013). Denne type indre motivasjon kan vekkes gjennom tydeliggjøring av at undervisningsprogrammet bidrar til kompetanseutvikling hos den enkelte, samt at det er viktig for å fremme pasientsikkerhet. Det er viktig at de ansatte opplever at undervisningsprogrammet er nyttig og at det bidrar til å utvikle og øke deres kompetanse. Det vil også hensiktsmessig å

involvere personale både i utviklingen av undervisningsprogrammet, eksempelvis gjennom å etterspørre og anerkjenne innspill de kommer med i og tilbakemeldinger i evalueringen av undervisningsprogrammet. Ved å involvere de ansatte, stimulerer man deres motivasjon og gir dem kompetanse til å ta en aktiv del i forbedringsarbeidet (Sylte, 2021).

Engasjement og involvering fra overordnet ledelse og fagledelse viser at forbedringene er anerkjent, noe som er viktig for å lykkes med forbedringsarbeidet og skape varig endring (Helsebiblioteket, 2021). Kandidaten har hatt samtaler med enhetsleder, fagsykepleier og akuttmedisinsk rådgiver om arbeidet, og de har utvist både engasjement og interesse. Akuttmedisinsk faglig rådgiver ved sykehuset har uttrykt at det er ønskelig at undervisningsprogrammet blir en del av introduksjonsprogrammet til nye LIS1 ved sykehuset, noe som også viser viktigheten av et tverrfaglig fokus på problemstillingen. I tillegg vil temaet forankret i avdelingens årshjul, slik at undervisningsprogrammet blir et gjennomgående tema på fagdager. I forkant av dette ønsker kandidaten å videreutvikle og forbedre undervisningsprogrammet gjennom internundervisning i avdelingen samt på faste fagforum, der kandidaten vil undervise en tverrfaglig sammensatt gruppe som deltar på frivillig basis. Her kan man få mange gode diskusjoner og innspill som kandidaten kan anvende til å videreutvikle og forbedre undervisningsprogrammet.

Kandidaten må sørge for at undervisningsprogrammet er kvalitetssikret og om det fungerer på en god måte, både når det kommer til faglig innhold og læringsformer. Tilbakemeldinger gjennom evalueringsskjema samt muntlige tilbakemeldinger etter endt undervisning vil være nyttige i et slikt etterarbeid. Kandidaten må også sørge for at undervisningsprogrammet er oppdatert ut ifra fag- og forskning, samt eget kvalitetssikringssystem ved sykehuset.

10.0 Konklusjon

Akuttsykepleieren har en viktig rolle ved akutt smertebehandling til LAR-pasienter. Først og fremst har akuttsykepleieren tett og direkte kontakt med pasienten, slik at man allerede der bør etablere et samarbeid med pasienten. De skal identifisere og gjenkjenne pasientens behov for smertebehandling, kommunisere behovene til behandlende lege, administrere behandling og tiltak, observere og vurdere effekten av tiltakene.

I denne oppgaven har kandidaten utarbeidet et undervisningsprogram for akuttsykepleiere om akutt smertebehandling til LAR-pasienter. Målet med kvalitetsforbedringsarbeidet var å sikre pasientsikkerhelen gjennom kompetanseheving blant akuttsykepleiere. Det er utarbeidet flere retningslinjer, prosedyrer og veiledere for denne problemstillingen. Det er viktig at disse er kjent for akuttsykepleieren, slik at man vet hvor man kan finne dem og anvende dem i praksis.

Det ble gjennomført en pilotundervisning på den teoretiske delen av undervisningsprogrammet. Kandidaten fikk konstruktive tilbakemeldinger som ble hensyntatt i videre arbeid med tilpasning og justering av undervisningsprogrammet. Det er fremdeles for tidlig å si noe om undervisningsprogrammet vil ha ønsket effekt dersom det blir implementert i avdelingen, men all undervisning vil bidra til både bevisstgjøring og stimulering av tankevirksomheten til deltakerne, noe som kandidaten anser som positivt.

Litteratur

Aakre, M. & Biong, S. (2018). Etske utfordringer og etisk kompetanse. Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.70-89). Oslo: Cappelen Akademisk.

Berge, T. L. (2017). *Visuelle hjelpemidler i undervisningen – hvordan unngå Death by PowerPoint?* Oslo: Universitet i Oslo. Hentet 10.08.23.
<https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/sta/enheter/sv/institutter/isv/ressurssider-for-undervisere/undervisningsbloggen/the-do-s-and-don-ts-of-powerpoint.html>

Bielecki, T. & Børdahl, B. (2017) *Legemiddelhåndtering*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
Kapittel 1 Ansvar i legemiddelhåndtering
Kapittel 2 Kvalitetssikring og legemiddelhåndtering

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), p.289–297.
DOI: 10.5172/conu.2012.42.2.289

Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk

Coffa, D., & Carr, D. (2020). Management of acute pain in adults with opioid use disorder. Hentet fra: https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/management-of-acute-pain-in-adults-with-opioid-use-disorder?search=Management%20of%20acute%20pain%20in%20adults%20with%20opioid%20use%20disorder.%20Hentet%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I D.-G. I Stubberud, R. Grønseth, H. Almås, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Dever, C. (2017). Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient. *Journal of Trauma Nursing*. 24(5), s. 292-299.
DOI: 10.1097/JTN.0000000000000309

Dihle, A. (2021). Smerte og smertebehandling. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 88-106). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Engebretsen, S. (2020). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I D-G. Stubberud & T. Guldbrandsen (Red.) *Intensivsykepleie*. (4.utg., s.491-506). Cappelen Damm Akademisk.
- Ervik, R. & Biong, S. (2018). Politikk og konsekvens for praksis. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.44-68). Oslo: Cappelen Akademisk
- Folkehelseinstituttet [FHI] (2022, 22.april). *Formulere spørsmål og skrive prosjektplan*. Hentet 10.05.23.
<https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/metodeboka/framgangsmate/formulere-sporsmal-og-skrive-prosjektplan/?term=>
- Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*;14(75746):e-75746.
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.57746
- Haga, W. (2021). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I: K. Lossius, & K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s.319-335). Oslo: Gyldendal.
- Helsebiblioteket (2017). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 10.08.2023
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket (2016). *Sjekklist*. Hentet 27.09.23
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsebiblioteket (2021). *Kvalitetsforbedring*. Hentet 10.08.2023.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#om-kvalitetsforbedring>

Helsedepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Nr. I-8/2004). [Rundskriv].

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. (Nr. IS-1870). Hentet 10.08.23

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)*. Hentet 10.08.23

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet (2022a). *Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*. Hentet 10.08.2023.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>

Helsedirektoratet (2022b). *Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak*. Hentet 10.08.2023.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse- og omsorgsdepartementet (2022). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>

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

Hiim, H. & Hippe, E. (2020). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Kapittel 2 Relasjonsmodellen og de didaktiske kategoriene
Kapittel 3 Elevenes læreforutsetninger
Kapittel 4 Rammefaktorer
Kapittel 5 Mål
Kapittel 6 Innhold i undervisningen
Kapittel 7 Læreprosessen
Kapittel 8 Vurdering

LAR-forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. (FOR-2009-12-18-1641). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring; utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

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), s. 789-794.

DOI:10.1016/j.nedt.2015.02.02

Leonardsen, A-C., L., Hansen, H., B. & Kaurin, C., S. (2021). Sykepleiere i akuttmottak er usikre på smertebehandling av LAR-pasienter.

Sykepleien.109(85723):e-85723

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.8572385723

Li, R., Undall, E., Andenæs, R & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), s. 252-260. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>

Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius, & K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3.utg., s. 23-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lund, I., O., Bye, E., K. & Sandøy, T., A. (2022). Bruken av alkohol og andre rusmiddel I Noreg. I: *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet 21.08.23

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/?term=>

Meld.St.10. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 16 (2016–2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>

Meld.St.7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1>

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo; Universitetsforlaget.

Kapittel 1 Rus, rusmidler og rusproblemer

Kapittel 2 Rusmiddelproblemer i biopsykososialt perspektiv

Kapittel 4 Behandling av rusproblemer og rusbrukslidelser

Kapittel 5.3 Opioider

Kapittel 8 Samsykdommer og skader – komorbiditet

Nasjonalt kompetansetjeneste TSB (2023). *Metadon og buprenorfin*.

Hentet 10.08.23.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/metadon-og-buprenorfin#hva-er-metadon-og-buprenorfin>.

Nordtvedt, M., W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M., W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 3.utgave. Cappelen Damm Akademisk.

Kapittel 1 Hva er kunnskapsbasert praksis?

Kapittel 2 Spørsmålsformulering

Kapittel 3 Litteratursøk

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Kliniske sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie 1*. (5. utg, s. 17-37). Gyldendal Akademisk.

Norsk elektronisk legehåndbok, NEL (2022) *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/rus--og-avhengighetsmedisin/pasientinformasjon/tilstander/legemiddelassistert-rehabilitering-lar>

Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 22.08.23.

https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny_sykepleieren_og_mennesker_som_trenger_sykepleie.pdf

NSFs Landsgruppe for Akuttsykepleiere [NLAS] (2011).

Funksjonsbeskrivelse for akuttsykepleiere. Hentet 22.05.23:

<https://docplayer.me/43110829-Funksjonsbeskrivelse-for-akuttsykepleiere-utarbeidet-av-utdanningsutvalget-godkjent-av-styre-nsfs-landsgruppe-av-akuttsykepleiere.html>

Oslo Universitetssykehus (2021). *Akutt smertelindring til pasienter med langvarig bruk av opioider*. Hentet 29.11.22.

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/136464#Buprenorfin>.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63 Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Raaheim, A. (2013). *Råd og tips til deg som underviser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s.178-193). Oslo: Cappelen Akademisk

Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kapittel 1 Terminologi og begrepsavklaringer

Kapittel 2 Avhengighet

Kapittel 8 Behandling og oppfølging av etablert rusmiddelavhengighet

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

LOV-1999-07-02-61. Lovdata. Hentet 10.08.23

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjeneste>

Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. 1 utg. Oslo: Gyldendal.

Kapittel 1 Kvalitetsarbeid

Kapittel 2 Noen overordnede modeller og metoder for kvalitetsforbedring

Kapittel 5 Implementering av forbedringsarbeid

Sylte, A., L. (red.) (2021). *Profesjonspedagogikk. Relevant læring i praksis*. 3.utgave. Gyldendal. Oslo.

Kapittel 4 Didaktisk relasjonstenkning

Kapittel 5 Profesjonspedagogiske verktøy – undervisningsmetoder

Pettersen, R., C. (2017). *Problembasert læring for studenter og lærere. introduksjon til PBL og studentaktive læringsformer*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Kapittel 2 Problembasert læring og studentaktive læringsformer

Kapittel 4. PBL: Prinsipper – Oppgaver – De sju trinnene – Grupper

Punches, B., E., Berger, K., M., Friermunth, C., E., Soliman, S.A., Walker, Q., T. & Lyons, M.S. (2021). Emergency Nurse Perceptions of Pain and Opioids in the Emergency Department. *Pain Management Nursing*. 22(5), p. 586-591. DOI: 10.1016/j.pmn.2021.05.003.

Veazie, S., Mackey., K., Peterson, K. & Bourne, D. (2020). Managing Acute Pain in Patients Taking Medication for Opioid Use Disorder: a Rapid Review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), p.945-953. DOI:10.1007/s11606-020-06256-5.

VEDLEGGSOVERSIKT

Vedlegg 1	Vurdering av prosedyren (OUS, 2021) etter AGREE II (7 sider)
Vedlegg 2	OOWS (opioidabstinensskala)
Vedlegg 3	DUDIT (Drug Use Disorder identification test)
Vedlegg 4	ESAS-skjema (Edmont Symptom Assessment System) med kroppskart
Vedlegg 5	Gruppeoppgave
Vedlegg 6	Evalueringskjema av undervisning

Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre

Kritisk vurdering av:

«Akutt smertebehandling til pasienter med langvarig bruk av opioider»

Oslo Universitetssykehus (2021)

1) Avgrensning og formål

1. Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Gjelder for pasienter som innlegges i sykehus med behov for akutt smertebehandling og som har brukt opioider over tid av ulik årsak. Det finnes ingen overordnet retningslinje for dette i OUS.

MÅL: Hvordan sikre smertelindring og hindre abstinens til pasienter med langvarig (kronisk) bruk av opioider ved akutt smerte?

2. De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

P: Pasienter som bruker opioider kronisk: langvarig bruk av opioider for smerter, substitusjonsterapi med opioider ved avhengighet, langvarig uhensiktsmessig bruk av forordnede eller anskaffede illegale opioider, opioidtolerante pasienter

I: Behandle smerte og abstinens ved akutt skade eller kirurgi

C:

O: smertebehandling, klare retningslinjer og føringer, pasientsikkerhet.

3. Populasjonene (pasienter, brukere og befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Pasienter som bruker opioider kronisk

- langvarig bruk av opioider for smerter

- substitusjonsterapi med opioider ved avhengighet

- langvarig uhensiktsmessig bruk av forordnede eller anskaffede illegale opioider

- opioidtolerante pasienter

2) Involvering av interessenter

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kari Sørensen (Spesialsykepleier, MNsc, Avdeling for Smertebehandling, OUS)
Henrik Andreas Torp (Overlege, Avdeling for Anestesiologi, Rikshospitalet, OUS)
Katharina Skirstad Hodt (Overlege, Avdeling for Anestesiologi, Ullevål, OUS)
Jan Erik Kleiv (Spesialsykepleier, Avdeling for Smertebehandling, OUS)
Piotr Wranicz (Overlege, Avdeling for Anestesiologi, Radiumhospitalet, OUS)
Peter Krajci (Overlege, PHA, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, OUS)
Gunnvald Kvarstein (prof, dr.med. Avdeling for Smertebehandling OUS), tok over medisinskfaglig ledelse etter Anne Gina Schie Berntsen - aug 2020

5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning, etc.) er forsøkt inkludert

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ikke hatt brukermedvirkning

6. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Under punkt 3. Ansvar i prosedyren defineres målgruppen som:

medisinskfaglige ledere sørger for at prosedyren er kjent og følges. Helsepersonell med ansvar for gruppen pasienter angitt over bør følge prosedyren. Alle nivå 2-prosedyrer som omhandler denne pasientgruppen skal harmoniseres med aktuelle prosedyren.

3) Metodisk nøyaktighet

7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Bibliotekar har gjort systematisk søk 19.07.19 og oppdatert søk 12.04.21. Siste gang med oppdaterte søkeord i forhold til vedlagt PICO skjema; maintenance therapy, replacement therapy, naloxone, opioid tapering.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnet er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

All litteratur som er benyttet i prosedyren er gransket av minimum to personer og diskutert på felles møter.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnet er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Alle forslag er fortrinnsvis referert til nyere forskning. Ved utilstrekkelig kunnskap fra forskning, vises det til ekspertvurdering og diskusjon i prosedyregruppen.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er benyttet felles EndNote bibliotek og sammlister for å vurdere kvaliteten på litteraturen.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Referanser er lagt til under de enkelte anbefalinger.

13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Intern høring i alle klinikker i OUS

Ekstern høring til fagpersoner ved HUS, NTNU, St. Olavs, UNN, Skien, AHUS, Haraldsplass, Diakonhjemmet, Gatehospitalet, Sørlandet sykehus, Vestre Viken, USN, LDS, Ålesund - fikk 3 høringssvar (F. Nordhelle, ARA-SSHF; Eirin S. Ludvigsen, LDS; Olav M. Fredheim NTNU)

Alle tilbakemeldinger gjennomgått 14.12.21

Prosedyren ble sendt til to brukerorganisasjoner på høring (Norsk pasientforening og Personskadeforbundet) - ingen svar

14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ja. Prosedyren oppdateres etter 3 år og det er dokumentansvarlig som følger opp dette.

4) Klarhet og presisjon

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Høringsinnspillene tyder på det

16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Tydelige presiseringer, tekstbokser og figurer

5) Anvendbarhet

18. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Innholdsrik prosedyre, som omfatter flere pasientkategorier (hemmer)

Mange aktive lenker innad i prosedyren og til andre prosedyrer (fremmer).

19. Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ang, OOWS. oversatt av Henrik Torp, Jan Erik Kleiv, Gunnvald Kvarstein og Kari Sørensen ved OUS. Svein Skjøtskift [m.fl](#) HUS hadde en annen norsk versjon. I samarbeid blitt enige om felles norsk versjon - tilbakeoversatt ved Elfrida H. Kvarstein.

Opphavsmann L Handelsmann er død, og vi lyktes ikke å få kontakt med andre ansvarlige for originalversjonen.

20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Vi anbefaler kartlegging og planlegging sammen med pasientene før kirurgi. Dette vil kunne kreve noe mer tid

21. Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Ikke aktuelt

6) Redaksjonell uavhengighet

22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er krysset av for «stor enighet» i retningslinjens metoderapport

VEDLEGG 2

Opioidabstinensskala

Objective Opioid Withdrawal Scale - OOWS

Observer pasienten over en periode på 5 minutter. Skriv deretter inn skårverdien for hvert abstinens tegn (1- 13) og regn ut totalskår.

Dato					
Klokkeslett					
1	Gjesping (frekvens av gjesp per observasjonstid)	0 = ingen gjesping 1 = ≥ 1 gjesp			
2	Rennende nese (frekvens av snufs pr observasjonstid)	0 = < 3 snufs 1 = ≥ 3 snufs			
3	Gåsehud (observer armen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
4	Svetting	0 = fraværende 1 = tilstede			
5	Tåreflod	0 = fraværende 1 = tilstede			
6	Dilaterte (store) pupiller	0 = fraværende 1 = tilstede			
7	Tremor (hender)	0 = fraværende 1 = tilstede			
8	Hete- og frysetokter (skjelver/huker seg sammen for å holde varmen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
9	Rastløshet (hyppige stillingsendringer)	0 = fraværende 1 = tilstede			
10	Oppkast	0 = fraværende 1 = tilstede			
11	Muskelrykninger	0 = fraværende 1 = tilstede			
12	Magekramper (pasienten holder seg på magen)	0 = fraværende 1 = tilstede			
13	Angst (alle grader fra mild til alvorlig*)	0 = fraværende 1 = tilstede			
Totalskår					

* **Mild angst:** (observerbare tegn) fotristing, fikling, fingertromming. **Moderat til alvorlig angst:** opphisselse, klarer ikke å sitte stille, skjelving, panikkpreget, klager over pustebesvær, kvalningsfølelse, hjertebank

VEDLEGG 3

DUDIT

Drug Use Disorder Identification Test

2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter V2.1

Mann Kvinne

Alder:

Hovedrusmiddel:

Dato:

1	Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	Aldri <input type="radio"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="radio"/>	2-4 ganger i måneden <input type="radio"/>	2-3 ganger i uken <input type="radio"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="radio"/>
2	Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	Aldri <input type="radio"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="radio"/>	2-4 ganger i måneden <input type="radio"/>	2-3 ganger i uken <input type="radio"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="radio"/>
3	Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?	0 <input type="radio"/>	1-2 <input type="radio"/>	3-4 <input type="radio"/>	5-6 <input type="radio"/>	7 eller flere <input type="radio"/>
4	Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
5	Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
6	Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
7	Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
8	Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
9	Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	Aldri <input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="radio"/>	Hver måned <input type="radio"/>	Hver uke <input type="radio"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="radio"/>
10	Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?	Nei <input type="radio"/>		Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="radio"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="radio"/>
11	Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?	Nei <input type="radio"/>		Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="radio"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="radio"/>

VEDLEGG 4



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(Slapphet=mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet <i>(Døsighet=å føle seg søvrig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <i>(Depresjon=å føle seg nedstemt)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <i>(Angst=å føle seg urolig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <i>(Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

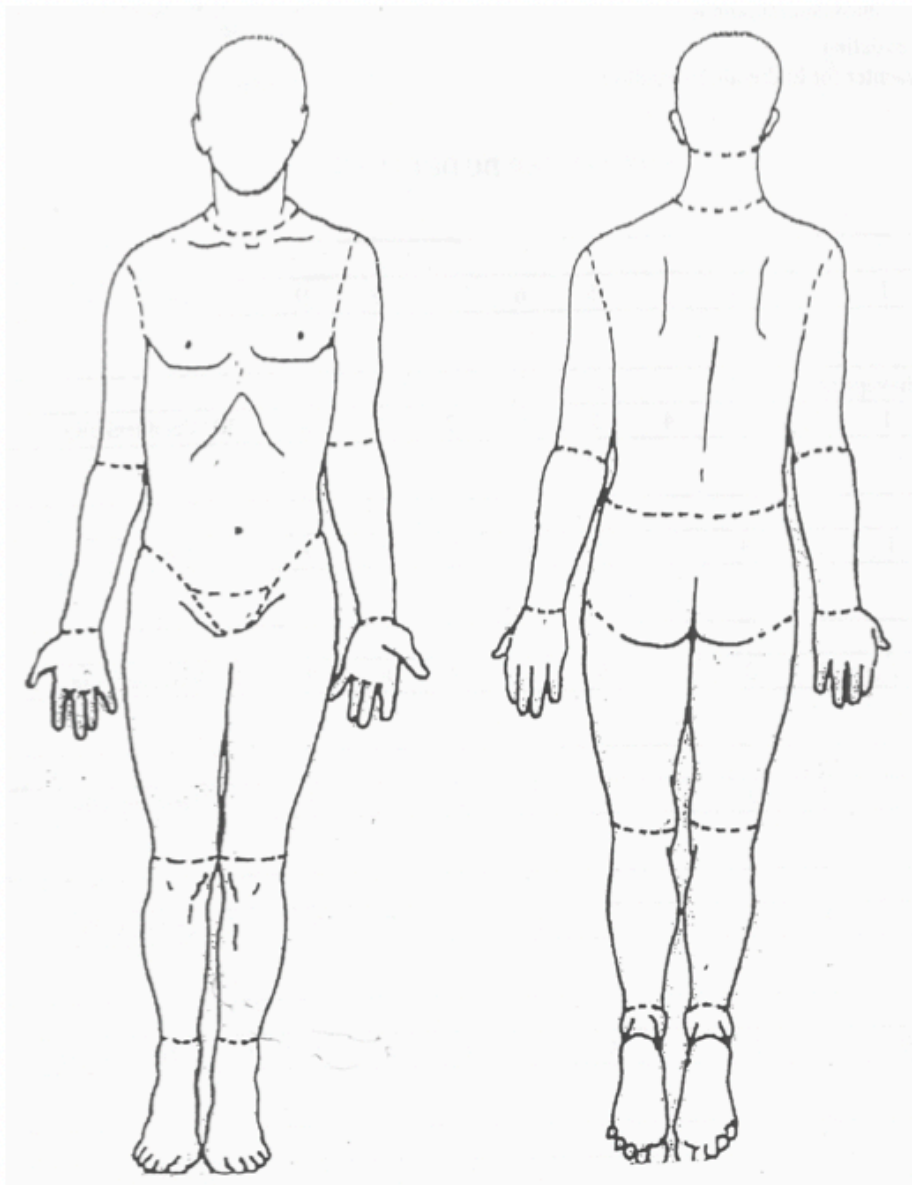
Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Sviende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

VEDLEGG 5

Gruppeoppgave

Diskuter følgende med tanke på smertebehandling til LAR-pasienter

Hvilke faktorer er med på å komplisere smertebehandlingen til LAR-pasienter?

Kun 25 % av sykepleiere kartla pasientens smerte, kun et fåtall kartla rusmiddelavhengighet (Li et al., 2012)

- Hva tror dere er årsaken til dette?
- Hvorfor er kartlegging så viktig?

Hva er hensikten med multimodal smertebehandling?

VEDLEGG 6

Evalueringsskjema			
UNDERVISNINGEN GENERELT			
1. Har du nådd de satte målene for undervisningsprogrammet? Hvilke mål ble eventuelt ikke nådd?			
2. Hvilke momenter har jeg tatt med meg som vil ha betydning for min sykepleieutøvelse?			
3. Undervisningen opplevdes som relevant			
Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
4. Undervisningen har styrket min kompetanse			
Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
5. Undervisningen vekket min interesse og var engasjerende			
Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
6. Hva var bra?			
FAGLIG INNHOLD			
1. Undervisningen innhold var av god kvalitet og har bidratt til ny kunnskap			
Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
2. Innholdet ble presentert på en oversiktlig og strukturert måte			
Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
3. Hva kunne vært annerledes?			

OM UNDERVISEREN

1. Underviseren virket trygg på det faglige innholdet

Helt enig Litt enig Litt uenig Helt uenig

2. Underviseren formidlet undervisningens innhold på en engasjerende og god måte

Helt enig Litt enig Litt uenig Helt uenig

ANNET

Andre kommentarer til undervisningsprogrammet eller underviseren: