



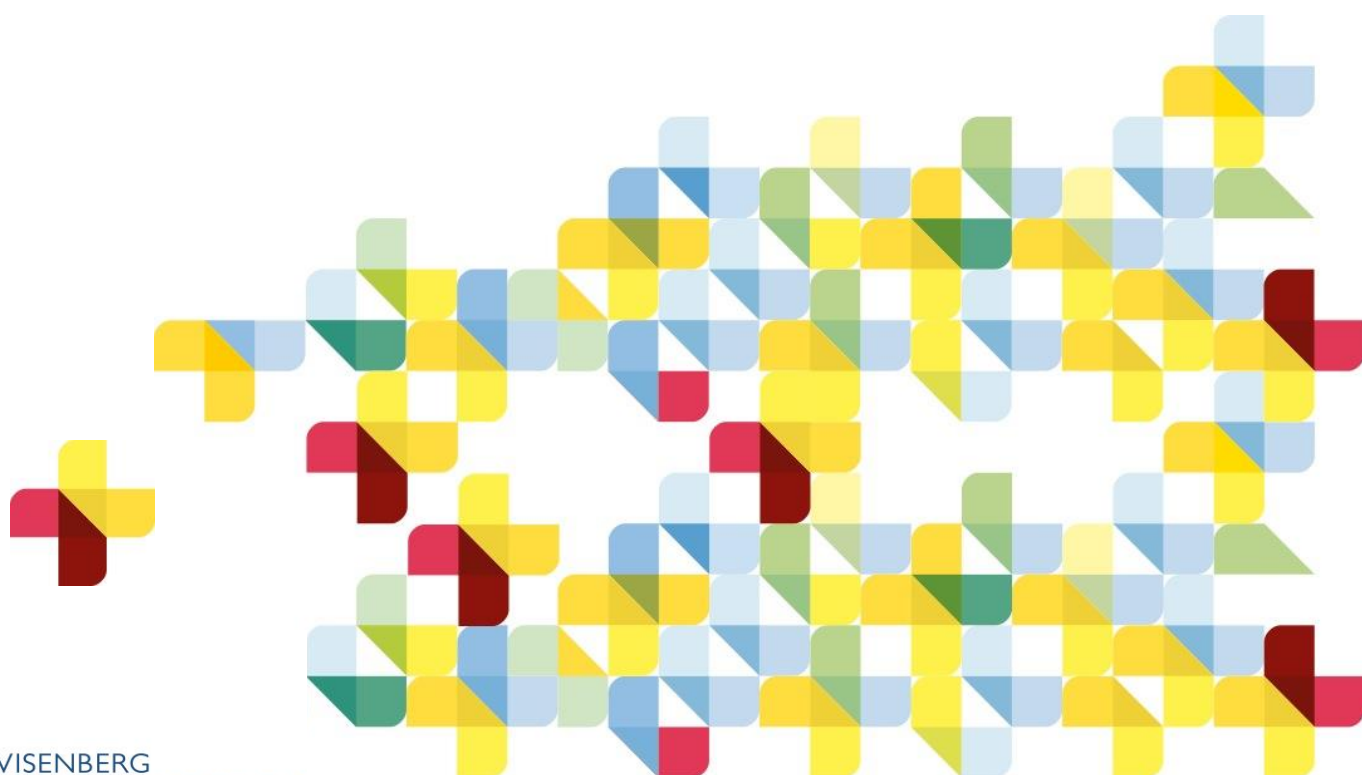
«Hvis vi har vondt, så har vi vondt.»

Hvilken kompetanse trenger sykepleieren for å kunne bidra til adekvat smertelindring til pasienter med rusavhengighet på en kirurgisk sengepost?

Kandidatnummer: 377
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10145
Dato: 14.04.16



Tittel: «Hvis vi har vondt, så har vi vondt.»

ABSTRAKT

Problemstilling: Hvilken kompetanse trenger sykepleieren for å kunne bidra til adekvat smertelindring til pasienter med rusavhengighet på en kirurgisk sengepost?

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Litteraturen har hovedsakelig blitt hentet inn fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek og dens søkemotor Oria. Databasene Cinahl, SveMed+ og PubMed, samt forskningsarkivet til Sykepleie forskning, ble benyttet for å finne relevante fag- og forskningsartikler.

Teoretisk perspektiv: Jeg har benyttet Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi som sykepleieteoretisk perspektiv, og da spesielt hennes teori om omsorgens tre aspekter; det relasjonelle, det moralske og det praktiske aspektet. I teoridelen av oppgaven blir den teoretiske kunnskapen om smertelindring til opioidavhengige beskrevet, i tillegg til at aktuelle lover og etiske rammeverk blir presentert.

Drøfting: Kompetansebegrepet benyttet i denne oppgaven inkluderer kunnskap, ferdigheter og holdninger. Sykepleieres kunnskap og hvor de søker kunnskap, holdninger, relasjon til pasient og samarbeid med lege blir drøftet, samt aktuelle rammefaktorer. Aktuelle lover og yrkesetiske retningslinjer blir drøftet, samt de fire prinsippers etikk.

Konklusjon: Sykepleieren må utvikle sin kompetanse om smertelindring til opioidavhengige ved å søke fag- og forskningskunnskap. Sykepleieren må kombinere fagkunnskapen med erfaringsbasert kunnskap. Medarbeiderne er en stor kilde til erfaringsbasert kunnskap for sykepleieren, og sykepleieren må bidra til et arbeidsmiljø som fremmer refleksjon og faglig utvikling. Sykepleieren må kjenne sine egne holdninger slik at hun er klar over måten hun møter og behandler pasienten med opioidavhengighet på. Kunnskapsutvikling er et viktig holdningsendrede tiltak.

Nøkkelord: Opioidavhengighet, rusmisbruk, smerte, smertelindring, akutte smerter, kompetanse, kunnskap, holdninger, ferdigheter.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	2
1.3 Begrepsavklaringer	2
1.4 Avgrensinger	3
1.5 Oppgavens hensikt	4
1.6 Oppgavens oppbygning	4
2 Metode	6
2.1 Litteratursøk	6
2.2 Kildekritikk	7
3 Sykepleieteoretisk referanseramme	8
3.1 Kari Martinsens omsorgsbegrep	8
3.1.1 Det relasjonelle aspektet ved omsorgen	9
3.1.2 Det moralske aspektet ved omsorgen	9
3.1.3 Det praktiske aspektet ved omsorgen	9
3.2 Rusmisbruk	10
3.3 Om smerter og smertefysiologi	10
3.4 Kartlegging	12
3.4.1 Pre-operativ kartlegging	12
3.4.2 Postoperativ kartlegging	13
3.5 Smertelindring	14
3.6 Konsekvenser av mangel på- eller inadekvat smertelindring	17
3.7 Lovverk	17
3.8 Etikk	18
4 Hvilken kompetanse trenger sykepleieren for å kunne bidra til adekvat smertelindring hos pasienter med en rusavhengighet?	19
4.1 Kunnskap	19
4.2 Holdninger	22
4.3 Tillitsforhold mellom pasient og sykepleier	25
4.4 Samarbeidet med lege	27
4.5 Rammefaktorer	28
6 Konklusjon	30
Referanseliste	32

1 Innledning

Tittelen til denne oppgaven er en omskrivning av en del av et svar som en pasient med rusavhengighet svarte under en undersøkelse om smertelindring til rusmisbrukere. Spørsmålet som ble stilt var hva rusmisbrukeren ville anbefale helsepersonell og gjøre når de skal gi smertelindring til pasienter med rusavhengighet. Deltakeren i undersøkelsen svarte at pleieren skulle behandle de med høflighet, og ta deres smerte på alvor; hvis vi har vondt, så har vi vondt (Morgan, 2006). Denne oppgaven tar for seg smertelindring til personer med rusavhengighet, og hvilken kompetanse sykepleieren trenger for å bidra til at disse pasientene får adekvat smertelindring i det postoperative forløpet.

I en rapport om ruslidelser i Norge fra 2014 publisert av Folkehelseinstituttet (Skogen, Handal, Nesvåg & Skurtveit, 2014) skrives det at om lag 10 til 20 prosent av den norske befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet. Med ruslidelse omfattes all skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Dette utgjør en stor helseutfordring som medfører store kostnader for både den enkelte og samfunnet. Pasienter med rusmisbruk har ofte psykiske- og/eller fysiske sykdommer, og er derfor å finne på flere avdelinger i spesialisthelsetjenesten. (Skogen et al., 2014).

Selv om smertebehandlingen har blitt vesentlig bedre de siste 30 årene, angir fortsatt 30-50 prosent av pasientene at de har hatt uakseptable smerter i den postoperative fasen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013). Å lindre smerter til pasienter med rusmisbruk er ofte komplekst, da rusmiddelavhengighet fører til endringer i sentralnervesystemet som blant annet fører til økt toleranse for opioider og økt følsomhet for smerter (Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å fordype meg i temaet smertelindring til personer med rusavhengighet. Bakgrunnen for valget er en situasjon fra min første sykehuspraksis som student. Pasienten i situasjonen er anonymisert og har fått et fiktivt navn. Avdelingen jeg var på er en kirurgisk avdeling som hovedsakelig gjør elektive ortopediske operasjoner. Vi hadde en pasient med en kjent historie med opioidavhengighet som hadde fått en delprotese i kneet. Jeg kaller han Kristoffer. Når Kristoffer var tilbake på sengeposten spurte han etter smertestillende. Det er

normalt at pasienter som har gjennomgått disse operasjonene har sterke smerter. Sykepleierne på avdelingen ble usikre på hva de skulle gjøre i forhold til smertelindring til Kristoffer. Kunne de gi han opioider? Skulle de gi han mindre eller mer enn pasienter uten rusavhengighet? Snakket han sant, eller ville han bare ha smertestillende for å oppnå rus? Det ble brukt mye tid på å diskutere dette, og mange ble involvert i diskusjonen. Og etter hvert som tiden gikk fikk Kristoffer sterkere smerter. Jeg husker at jeg lurte på hvorfor dette var så problematisk. Var Kristoffer en ekstra vanskelig pasient? Eller ble situasjonen så vanskelig fordi sykepleierne hadde mangelfull kompetanse om smertelindring av pasienter med rusavhengighet?

1.2 Presentasjon av problemstillingen

På bakgrunn av situasjonen beskrevet i 1.1 har jeg valgt følgende problemstilling; *Hvilken kompetanse trenger sykepleieren for å kunne bidra til adekvat smertelindring til pasienter med rusavhengighet på en kirurgisk sengepost?*

1.3 Begrepsavklaringer

Denne oppgaven omhandler sykepleierens *kompetanse* når det kommer til smertelindring til personer med rusavhengighet. I en artikkel om sykepleiernes kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten skrevet av Hovland, Kyrkjebø og Råholm (2015), er sykepleiekompetanse beskrevet som de kunnskapene, ferdighetene og holdningene sykepleieren må ha for å gjennomføre oppgaver og løse problemer. Kompetanse blir beskrevet som en kontinuerlig prosess der motivasjon, kritisk tenkning, selvstendighet og refleksjon er viktig (Hovland et. al, 2015).

Et *rusmiddel* er et kjemiske stoffer som kan gi en endring i bevisstheten, såkalte psykoaktive stoffer. Dette innebærer både alkohol, tobakk, narkotika, med mer (Håkonsen, 2014).

Begrepet *rusmisbruk* kan forklares på flere måter. På politiets nettsider står det at rusmisbruk er når en bruker et rusmiddel på en måte som ikke er akseptert av samfunnet eller at man bruker rusmidler som ikke er akseptert (Politiet, 2013). På folkehelseinstituttets side forebygging.no, beskrives det at rusmisbruk er når bruken av rusmidler får skadevirkninger.

Skadevirkningene kan være at det går utover fysisk og psykisk helse, men også sosialt og økonomisk og andre deler av hverdagen (Nesvåg, udatert). Denne oppgaven benytter seg av den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 sin forklaring, da det norske helsevesenet bruker ICD-10 for å diagnostisere rusproblemer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). ICD-10 definerer skadelig bruk som et bruksmønster som fører til alvorlige fysiske eller psykiske skader, eller en kombinasjon av de to. Avhengighet blir definert som «en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk» (Helsedirektoratet, 2011, s. 319). Den rusavhengige vil vanligvis ha vanskeligheter med å kontrollere bruken av stoffet, har stort ønske om å ta stoffet, og fortsetter å ta det selv om det gir skadelige konsekvenser. Å vedlikeholde stoffbruket blir ofte viktigere enn andre aktiviteter og forpliktelser som før har vært viktig. Bruket kan føre til toleranse og noen ganger fysisk abstinensstilstand. (Helsedirektoratet, 2011).

1.4 Avgrensinger

På grunn av oppgavens omfang og krav til dybde tar denne oppgaven for seg smertelindring til **opioidavhengige**. Ordet rusavhengighet vil derfor, i denne sammenheng, referere til opioidavhengighet. Opioider er stoffer som binder seg til opioidreseptorene på celleoverflaten, og gruppen opioider inneholder blant annet; heroin, morfin, kodein, med flere. De kommer i flere former, og tas vanligvis oralt eller via intravenøs injeksjon (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2015). Opioider er ved gjentatt bruk sterkt avhengighetsskapende, og langvarig bruk av opioider øker sjansen for psykisk og somatisk sykdom (Skogen et al., 2014). Heroin er det mest avhengighetsskapende stoffet av opioidene, og er også det mest brukte rusmiddelet innenfor opioider i verden (Håkonsen, 2014). Ordene rusavhengighet og opioidavhengighet blir brukt litt om hverandre i denne oppgaven.

Pasientene som blir beskrevet i denne oppgaven er **18 år og eldre**. Dobbeltdiagnoser er ikke tatt hensyn til i oppgaven. Dobbeltdiagnoser er det begrepet som brukes til å beskrive at man lider både av alvorlig ruslidelse og alvorlige psykiske lidelser (Håkonsen, 2014).

I denne oppgaven er fokuset på sykepleierens møte med pasienter på en **kirurgisk sengepost**. Dette fordi en sykepleier på kirurgisk sengepost er forpliktet til å smertelindre, og at det er

naturlig at pasienten skal få smertelindring opptil flere ganger om dagen. Jeg har valgt å ikke begrense oppgaven til en spesiell type kirurgi. Sykepleieren er kjent med pasientenes rusmisbruk.

I tillegg til *medikamentelle tiltak*, benyttes ofte ikke-medikamentelle tiltak til smertelindring. Eksempler på slike tiltak er; massasje, akupunktur, og bruk av varme og kulde (Berntzen et. al, 2013; Holm & Kummeneje, 2009). På grunn av oppgavens krav til dybde går ikke denne oppgaven videre inn på ikke-medikamentelle tiltak.

1.5 Oppgavens hensikt

Jeg vil finne svar på problemstillingen for å øke min kompetanse relatert til smertelindring til rusavhengige. Slik kan jeg selv bidra til adekvat smertelindring til mine pasienter, samt gi gode råd til mine kollegaer dersom en lignende situasjon som den beskrevet i kapittel 1.1 skulle oppstå. På denne måten bidrar jeg til helhetlig pleie og fremmer helse. Helhetlig pleie er representert i punkt 2.3 i yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere der det står at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig pleie (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2011).

I punkt 2.1 står det at «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (NSF, 2011). Å lindre postoperativ smerte er viktig for pasientens behag, det er viktig for å kunne mobiliseres etter en operasjon, det medfører kortere liggetid og det fremmer sårtilheling (Høien, 2014). Ubehandlet smerte vil også kunne føre til økt stress og økt følelse av at en trenger opioider (Arnstein, 2010). Derfor vil smertelindring være viktig i å fremme helse og forebygge videre sykdom hos pasienten. Punkt 2.9 trekker frem at sykepleieren skal lindre lidelse hos pasientene, her spiller smertelindring en sentral rolle (NSF, 2011).

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 er det først en presentasjon av litteratursøk som metode, kildekritikk samt en presentasjon av søkestrategiene som ble brukt til å samle inn relevant fag- og forskningslitteratur til oppgaven. Kapittel 3 tar først for seg sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Deretter følger en teoretisk del om rusmisbrukeren,

smertefysiologi, kartlegging av smerter, samt postoperativ smertelindring. Til slutt vil kapittel 3 ta for seg de juridiske og etiske perspektivene som omgir oppgaven. Kapittel 4 er drøftingsdelen av oppgaven, fulgt av konklusjonen i kapittel 5. Drøftingsdelen tar for seg punktene kunnskap, holdninger, tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient, samarbeid med lege og rammefaktorer.

2 Metode

Dalland (2012) beskriver metode som et redskap som hjelper oss til å samle inn data om temaet vi vil undersøke. En vitenskapelig metode gjør det mulig for leseren å gjenta de trinnene en har gjort og nå frem til samme resultat under de prinsippene som er beskrevet. Metoden beskriver hvordan kunnskapen i oppgaven er hentet inn. (Rienecker & Jørgensen, 2013; Thidemann, 2015). I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Med litteraturstudie menes å samle inn, kritisk vurdere og organisere forskningslitteratur om et bestemt tema. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som finnes om problemstillingen som stilles. (Thidemann, 2015).

2.1 Litteratursøk

Jeg benyttet meg av databasene Cinahl, SveMed+ og PubMed, i tillegg til forskningsarkivet Sykepleien Forskning, når jeg søkte etter relevant fag og forskningslitteratur til å besvare min problemstilling. Søkeordene som ble benyttet var; substance abuse, postoperative pain, rusmisbruk, smerte, pain management, opioid addiction, opioid dependance, nursing management, pain assessment, pain. Søkeordene ble benyttet alene og i flere forskjellige kombinasjoner, og søkene ble avgrenset til artikler publisert fra 2006 til i dag, og til peer reviewed/fagfelleverderte artikler. Artikkelen ble plukket ut på bakgrunn av relevans for problemstillingen.

Resultatet av disse søkene ga seks relevante artikler, fem forskningsartikler og en fagartikkel. To av forskningsartikkelen er norske, to er fra USA, og den siste er fra Australia. To av artikkelen tar for seg pasientens perspektiv på smertelindring på sykehus, mens resten tar for seg sykepleiernes kompetanse om smertelindring til pasienter med rusmisbruk. Fagartikkelen er skrevet av en amerikansk sykepleier og tar for seg postoperativ smertelindring til opioidavhengige.

I tillegg til artikkelsøk har jeg benyttet meg av relevant pensumlitteratur og selvvalgt litteratur hovedsakelig funnet gjennom Lovisenberg Diakonale Høgskole biblioteks søkemotor Oria.

2.2 Kildekritikk

Jeg har benyttet meg av Kari Martinsens bok «Omsorg, sykepleie og medisin» til tross for at den er fra 2003. Dalland (2012) skriver at tidspunktet teksten er skrevet kan være avgjørende for om teksten har verdi som kilde. Jeg har valgt å benytte boken av Kari Martinsen da det er primærkilden til sykepleieteoretikeren, og at den ofte blir bruk i nyere forfatterskap. Den resterende litteraturen som er benyttet i oppgaven er litteratur som er publisert i løpet av de siste ti årene.

Jeg har anvendt tre forskningsartikler i denne oppgaven som er fra USA og Australia. Jeg anerkjenner at den direkte overføringsverdien kan være redusert. Allikevel har jeg også benyttet to norske artikler, og da disse artiklene underbygger flere av argumentene som er presentert i de amerikanske og den australske artikkelen, kan jeg anta at de utenlandske har overføringsverdi til min oppgave.

Fagartikkelen jeg har funnet handler om smertelindring til pasienter med en rusavhengighet postoperativt. Derimot handler ingen av forskningsartiklene spesifikt om postoperativ smertelindring. Jeg har allikevel valgt å benytte disse da de omtaler akutte smerter, som er typen smerter som oppstår ved kirurgi. Dessuten ble undersøkelsene i både Li et al. (2012) og Krokmyrdal og Andenæs (2015) foretatt på kirurgisk avdeling i tillegg til andre avdelinger. Morgan (2006) sin studie foregikk på både kirurgisk og medisinsk avdeling.

To av forskningsartiklene jeg har benyttet er skrevet av samme forfatter; Morgan (2006; 2014). Jeg har valgt å inkludere begge to i oppgaven, da den ene tar for seg smertelindring sett fra rusmisbrukeren sitt perspektiv, mens den andre er fra sykepleierens perspektiv.

3 Sykepleieteoretisk referanseramme

Innholdet si sykepleien består av verdier og fagkunnskap. Sykepleierens verdier er skrevet i ICNs sine etiske regler for sykepleiere og NSF sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Disse kommer jeg tilbake til i kapittel 3 i denne oppgaven. I tillegg til disse verdiene er også sykepleien basert på anerkjent fagkunnskap. Denne fagkunnskapen tilegner sykepleieren seg gjennom teoretisk kunnskap, samt gjennom sine erfaringer med utøvelse av sykepleie. Ved å bruke den teoretiske kunnskapen, den erfaringsbaserte kunnskapen og ved å handle ut ifra pasientens preferanser oppnår sykepleieren en kunnskapsbasert praksis (Kristoffersen et. al, 2012).

I denne delen av oppgaven belyses den teoretiske kunnskapen som er relevant for problemstillingen. Det starter med en beskrivelse av Kari Martinsens omsorgsfilosofi, deretter følger et avsnitt om rusmisbrukere, så gjennomgang av smertefysiologi, smertekartlegging og lindring til personer med opioidavhengighet. Til slutt kommer en presentasjon lovverk og etikk som er relevant for problemstillingen.

3.1 Kari Martinsens omsorgsbegrep

Som den sykepleieteoretiske referanserammen har jeg valgt å benytte meg av Kari Martinsen sin tenkning om omsorgens tre aspekter. Kari Martinsen er utdannet sykepleier, magister i filosofi og dr.philos. i historie. Hun har skrevet flere bøker om sykepleie, omsorgsfilosofi, sosialpolitikk og historie (Martinsen, 2012). Martinsen tar for seg mye i bøkene sine, men til denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på hennes tenkning om de tre aspektene ved omsorg, da jeg finner det veldig relevant for tematikken i min oppgave.

Martinsen (2003) forteller at sykepleieren utøver omsorgsarbeid. Omsorgsarbeid foregår i ulike virksomheter som har som oppgave å ta vare på de som ikke kan ta vare på seg selv. Det kjennetegnes ved at mottakeren av omsorgen er i en situasjon der han ikke er selvhjulpen. Omsorgsutøveren har ansvar og forpliktelser til å gi omsorg, og omsorgsarbeidet er basert på en generalisert gjensidighet. Generalisert gjensidighet betyr at vi gir omsorg til den andre uten å forvente noe tilbake. Martinsen (2003) beskriver tre aspekter ved omsorgen; det relasjonelle aspektet, det moralske aspektet og det praktiske aspektet.

3.1.1 Det relasjonelle aspektet ved omsorgen

Det relasjonelle aspektet ved omsorg går ut på at omsorg er et forhold mellom to mennesker som er bygget på en form for gjensidighet og samhørighet, og en grunntanke om at en må se og anerkjenne den andre ut i fra han eller hennes situasjon. Denne forståelsen ligger til grunn for å kunne handle omsorgsfullt. Ved å sette seg inn i den andres situasjon og forstå personen ut ifra det, kan man akseptere den andre som en person, med dens ressurser og begrensninger uten å underkue han eller henne. Ved å erkjenne den andre kan man gi omsorg på en slik måte som verken overvurderer eller undervurderer pasientens evne til selvhjulpenhet. (Martinsen, 2003).

3.1.2 Det moralske aspektet ved omsorgen

Det moralske aspektet ved omsorg innebærer at man har et ansvar for de svake. Man har et ansvar ovenfor den syke fordi en erkjenner at alle kan komme i den situasjonen at de trenger omsorg og hjelp fra andre, og at man derfor bør handle slik at alle kan ha den samme muligheten til å leve det beste livet vi er i stand til. Martinsen (2003) skriver at vi som mennesker er avhengig av hverandre og at «avhengighet er grunnstrukturen i menneskets væremåte». En persons frihet og selvstendighet får bare mening gjennom avhengighetsforhold til andre mennesker. Relasjonene mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og med det moralske aspektet ved omsorg menes den måten man skal forvalte denne makten og avhengigheten. Sykepleie bygger på en moralsk ansvarlig maktbruk. Makten og avhengigheten kan både styrke og svekke mennesker, og ved å forvalte makten og avhengigheten slik at det støtter opp om de svake oppnår man en moralsk ansvarlig maktbruk. (Martinsen, 2003).

3.1.3 Det praktiske aspektet ved omsorgen

Omsorg omfatter også utførelsen av faktiske, situasjonsbetingede handlinger som er basert på en forforståelse av hva som er best for den andre. Dette er det praktiske aspektet ved omsorgen. Man deltar aktivt i den andres lidelse. Sykepleieren synes ikke bare synd på pasienten, men går bort og gjør noe helt konkret, en praktisk handling, for å hjelpe han. Den

praktiske hjelpen gis ut ifra behovet til den hjelpetrengende. Martinsen (2003) skriver at sykepleieren må, i tillegg til å bruke sin evne til å forstå den andre ut ifra hans situasjon, ta i bruk sine fagkunnskaper for å bedre kunne gi pleie til pasienten. Hun forteller at sykepleieren ved hjelp av sine redskaper kan skape en kjent situasjon for pasienten som anerkjenner og ikke umyndiggjøre han. (Martinsen, 2003).

3.2 Rusmisbruk

Rusavhengighet er en kompleks tilstand som involverer både genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold. Det er derfor ikke tilfeldig hvem som blir avhengige, men samtidig er ingen helt sikret mot å bli det (Skårderud et al., 2010). Gruppen rusmisbrukere inneholder alle mennesketyper med ulike bakgrunner og sosioøkonomisk status (Håkonsen, 2014). Barn som har alvorlige angst og depresjonslidelser, spiseforstyrrelser, ubehandlet ADHD, alvorlige traumer, relasjonsskader og tilknytningsproblemer er mer utsatt for å utvikle ruslidelser enn andre (Skårderud et al., 2010, s. 437). De som vokser opp under problematiske hjemmeforhold, har lite nettverk, dårlig tilknytning til skolen og problemer med å utvikle relasjoner til venner, samt lite tro på seg selv og sine egne krefter, er mer utsatt for å utvikle rusproblemer hvis de blir eksponert for rus enn andre med tilnærmet normale oppvekstvilkår (Skårderud et al, 2010, s. 437-438).

Rusen dekker ulike behov hos forskjellige mennesker. For noen kan det fungere som en virkelighetsflukt, som noe som setter et filter mellom seg selv og virkeligheten. Man unngår å forholde seg til det indre ubehaget, og dermed fortsetter å ruse seg for å holde dette på avstand. Rus kan også blant annet dempe fysisk og psykisk smerte, forsterke følelser, samt regulere behovet for nærhet og distanse (Håkonsen, 2014; Skårderud et al., 2010).

3.3 Om smerter og smertefysiologi

International Association for Study of Pain (sitert i Berntzen et al., 2013, s. 357) definerer smerte som «..en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.» Smerte er forskjellig hos alle, og påvirkes av flere faktorer. Det er forskjellig fra person til person hvordan faktorene påvirker smertene, og smerter kan

varierte fra situasjon til situasjon. Smerte er derfor subjektivt, en personlig erfaring, som sjelden kan kontrolleres av andre (Berntzen et al., 2013).

Ved kirurgi oppstår det akutte smerter som følge av den plutselige vevsskaden. Akutte smerter virker egentlig beskyttende ved å gi oss beskjed om skader og sykdom, men har også negative virkninger. Akutte smerter fører til økt stressrespons og belastning på sirkulasjonssystemet. (Berntzen et al., 2013).

Når en skade oppstår i forbindelse med kirurgi oppstår det impulser i det skadede vevet som blir registrert av spesialiserte reseptorer kalt nociseptorer. Deretter føres impulsen videre med nervefibrene som leder smertesignaler, kalt nociseptive fibre, til ryggmargens bakhorn (Berntzen et al., 2013; Stubhaug & Ljosa, 2008). Myeliniserte nociseptive fibre leder smerter som er overflatiske og kortvarige, mens nociseptive fibre uten myelinlag leder impulser om dype, brennende og borende smerter som er mer langvarig. Myelinlag er et fettlag som isolerer nervefibrene og gjør at impulsene beveger seg raskt gjennom nervefibrene. De korte og overflatiske smertene blir derfor ført til hjernen før de dype smertene. I ryggmargens bakhorn danner de synapser sammen med de andre sensoriske nervefibrene som leder impulsen videre til thalamus (Berntzen et al., 2013; Stubhaug & Ljosa, 2008).

Fra thalamus går impulsene videre til den somatosensoriske delen av hjernebarken, her blir informasjonen om hvor smerten sitter tolket, og smertene blir tolket i lys av tidligere smerteerfaringer. Samtidig som dette skjer spres impulsen til retikulærsubstansen som gjør personen våken, hypothalamus, som fører til at det sympatiske nervesystemet blir aktivert og det limbiske systemet der smerten blir knyttet til følelsesmessige reaksjoner. Det er altså i hjernen at impulsene blir tolket som smerter (Berntzen et al., 2013).

Langvarig opioidmisbruk fører til endringer i sentralnervesystemet som fører til økt toleranse, økt følsomhet for smerter og abstinensreaksjoner når tilførselen av opioider slutter (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Toleranse er når den analgetiske effekten av opioidene reduseres som følge av gjentatt bruk av legemiddelet, som fører til at større dose må tas for å oppnå samme effekt (Cooney, 2015; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Graden av toleranse avhenger av hvor lenge man har brukt opioidet, daglig dose, og legemiddelets egenskaper (Cooney, 2015).

Opioidmisbruk fører til at hyperalgesi, som er økt følsomhet i de nociseptive fibrene som leder impulser om smerte. Dette senker smerteterskelen, som fører til økt følelse av smerte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Berntzen et al., 2013; Li et al., 2012).

Abstinenssymptomer kommer som følge av at tilførselen av opioider slutter helt eller reduseres, og varierer i alvorlighet og sammensetninger av symptomer (Helsedirektoratet, 2011; Li et al., 2012). Hvor lenge abstinensstilstanden varer er avhengig av type psykoaktivt stoff og dose (Helsedirektoratet, 2011). I kapittel 3.4 om kartlegging kommer jeg tilbake på symptomer på abstinens.

3.4 Kartlegging

Sykepleieren har ansvar for å vurdere og beskrive pasientenes smerter på en måte som fører til best mulig smertelindring postoperativt (Holm & Kummeneje, 2009). Ved å kartlegge vurderer sykepleieren pasientens situasjon, og kan sette i gang smertelindrende tiltak og planlegge behandlingen videre (Berntzen et al., 2013).

3.4.1 Pre-operativ kartlegging

Avhengighet og misbruk bør kartlegges før smertebehandlingen begynner; hva pasienten bruker, hvor ofte, og når siste dose ble tatt. Jo mer informasjon om pasienten og misbruket, jo bedre mulighet til å gi tilstrekkelig smertelindring. (Berntzen et al., 2013). Hos pasienter som misbruker rusmidler er det viktig å ha en holdning som ikke er dømmende når man kartlegger deres rusmisbruk, det vil ofte få dem til å åpne seg mer. Man må forsøke å forklare for pasienten at all informasjonen han eller hun kan gi om sitt misbruk er veldig viktig for utformingen av en trygg og effektiv plan for smertelindring (Cooney, 2015).

Hvis man har mulighet til å snakke med pasienten før operasjonen, er det anbefalt at en kartlegger pasientens tidligere erfaringer med smerte, opioidbruk og misbruk og toleranse. Pasienter med et opioidmisbruk bruker også ofte andre stoffer eller legemidler, slik som alkohol eller benzodiazepiner. Det er veldig viktig å kartlegge om pasienten har et blandingsmisbruk. (Cooney, 2015). I tillegg kan man diskutere forventninger og bekymringer

knyttet til den postoperative smertebehandlingen. Mange med toleranse for opioider kan være bekymret for å få en inadekvat smertelindring, og det er viktig å bruke tid på å snakke om disse bekymringene når man lager planen for smertebehandling (Cooney, 2015). Hvorvidt dette er en sykepleieroppgave sier artikkelen til Cooney ingenting om, men jeg har opplevd at sykepleieren ofte tar noe av dette arbeidet i praksis.

3.4.2 Postoperativ kartlegging

Postoperativ smertelindring til en opioidavhengig pasient krever en grundig kartlegging av smertene, i tillegg til en kartlegging av effekten av tiltakene (Cooney, 2015). Det er også viktig å kartlegge om pasienten har symptomer på abstinens (Cooney, 2015). De akutte smertene etter et kirurgisk inngrep varer vanligvis opp til syv dager, og intensiteten reduseres med ca. 25 – 50 prosent i døgnet. Derfor er kontinuerlig vurdering av pasientens smerter og behov for smertelindring viktig. (Holm & Kummeneje, 2009). Postoperativt kan det være nyttig og igjen gå gjennom undervisningen vedrørende smerter som ble gitt pre-operativt, og kanskje trenger pasienten å bli forsikret på nytt om at sykepleieren skal gjøre sitt ytterste for å gi pasienten smertelindring (Cooney, 2015).

En stor del av kartleggingen er å etterspørre pasientens opplevelse av smerte. Da må sykepleieren snakke med pasienten og innhente data om hvor smertene sitter, kvaliteten på smerten, hvor intense smertene er og hva som lindrer eller forverrer pasientens opplevelse av smerte (Berntzen et al., 2013). I tillegg til å etterspørre pasientens opplevelse av smerten må sykepleieren innhente objektiv data om smertene. Fysiologiske reaksjoner på smerte som ofte er synlig er at blodtrykket er forhøyet, høy puls, raskere respirasjonsfrekvens, svette og utvidete pupiller. De fysiologiske tegnene på smerte oppstår fordi pasienter med smerter gjerne har høyt nivå av stress. Det er viktige å kartlegge de fysiologiske tegnene, men de kan ikke tillegges for mye vekt da de kan forekomme som reaksjon på annet stress (Berntzen et al., 2013). De viktigste indikatorene er pasientens egen fortelling av smerten, samt tegn til smerte gjennom nonverbal atferd. Atferdsmessige reaksjoner på smerte er blant annet at pasienten gnir på stedet med smerten, har økende muskelspenninger, rynker pannen eller lager grimaser. En pasient med smerter vil også ofte ha mye fokus på og snakke mye om smertene. Hvis smertene er vedvarende vil pasienten ofte vende seg til smerten i en viss grad, og da vil

også de fysiologiske og atferdsmessige reaksjonene kunne normaliseres (Berntzen et al., 2013).

Ved hjelp av kartleggingsverktøy kan en sørge for at kartleggingen blir systematisk utført, og en får sammenlignbare resultater som gjør det lett å vurdere effekten av tiltakene som er satt i gang. Dessuten vil sykepleierne få et felles utgangspunkt for kartleggingen, og både dokumentering og rapporteringen til legen blir mer presis. Den individuelle sykepleierens holdninger får også mindre innvirkning på kartleggingen (Berntzen et al., 2013). For å få nytte av kartleggingsverktøy er det viktig at de benyttes aktivt i kartleggingen av smertene og evalueringen av tiltakene, og kartleggingsverktøyene bør være tilpasset den pasientgruppen som er aktuell (Berntzen et al., 2013). Etter søk i flere databaser og gjennomgang av flere fagbøker om smerte og smertebehandling, har jeg ikke funnet egne kartleggings skjema for smerter hos rusmisbrukere, som tar hensyn til opioidavhengiges endrede smertefysiologi.

Symptomer på mild til moderat abstinens er, ifølge Shymani og Wahl (2009) svette, høy respirasjonsfrekvens, dårlig matlyst, uro og irritabilitet, tristhet, mangel på energi, hodepine, gjesping, rennende nese, lett utvidet pupiller, tåreflod og gåsehud. Symptomer på moderat til alvorlig abstinens er magekrampe, søvnforstyrrelse, varme- og kuldetokter, høyt blodtrykk, høy puls, temperaturstigning, skjelettsmerter, muskelsmerter og spasmer, store pupiller, kvalme og oppkast, psykose, dissosiasjon (Shymani & Wahl, 2009). Noen av disse symptomene er de samme som symptomer på smerter, som blant annet høyt blodtrykk, høy puls, svette og endret respirasjonsfrekvens. Det kan derfor tenkes at det er lurt å kartlegge abstinenssymptomer slik at sykepleieren kan skille de fra symptomer på smerte. Mer om hvordan abstinens virker inn på smertelindringen er beskrevet i kapittel 3.5.

3.5 Smertelindring

Målet med den postoperative smertelindringen til personer med en opioidavhengighet er å sikre best mulig smertelindring og motvirke symptomer på abstinens med et minimum av bivirkninger (Cooney, 2015). Smertelindring foregår i et samarbeid med legen. Det er legen som forordner medisinen mens sykepleieren ofte er den som administrerer de. Sykepleieren vurderer effekten av medisinen som er gitt, og observerer eventuelle bivirkninger. Sykepleieren rapporterer tilbake til legen. (Berntzen et al., 2013).

Hos pasienter med rusavhengighet må basalbehovet dekkes før en kan behandle pasientens smerter. Basisdoser eller opioidsubstisjon hindrer abstinens, og behandlingen av de akutte smertene kommer i tillegg til dette. Hvis pasienten får mangelfull opioidsubstisjon kan dette føre til abstinenser som igjen kan forsterke følsomheten for smerte. Smerteterskelen blir lavere som følge av hyperalgesi. Dette kan føre til selvmedisinering for å unngå abstinens og dempe smertene (Li et al., 2012).

Langvarig opioidmisbruk fører til økt toleranse for opioider, og opioidavhengige trenger ofte høyere doser på grunn av toleranseutvikling (Holm & Kummeneje, 2009). Smertelindring til opioidavhengige blir enda mer kompleks da disse pasientene ofte blir møtt med dårlige holdninger og fordommer av helsepersonell (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Ved smertelindring av postoperative smerter hos pasienter både med og uten rusmisbruk er multimodal smertebehandling viktig (Berntzen et al., 2013; Holm & Kummeneje, 2009). Det betyr at man bruker en kombinasjon av flere analgetika med forskjellige virkningsmekanismer for å angripe smertene fra flere hold (Holm & Kummeneje 2009). Analgetika består av ikke-opioide analgetika, som paracetamol, acetylsalicylsyre og NSAID-preparater, opioider, som morfin, og andre legemidler (Slørdal & Rygnestad 2013). Glukokortikoider har også vist seg å ha en analgetisk effekt ved visse kirurgiske inngrep, og kan føre til lavere bruk av opioider (Holm & Kummeneje 2009). Pasientene bør få smertestillende regelmessig fremfor ved behov, siden det er lettere å oppnå smertelindring før smertene blir for sterke (Holm & Kummeneje, 2009). Det er også viktig at pasienten får informasjon om å gi beskjed når han får smerter. Sykepleier og pasient må sammen vurderer om pasienten skal ha ekstra smertestillende i forbindelse med smertefulle aktiviteter, som for eksempel mobilisering og fysioterapi (Berntzen et al., 2013).

Opioidtolerante pasienter vil kreve god oppfølging og overvåking for å sikre adekvat smertelindring postoperativt. I starten vil man benytte seg av intravenøs administrering av opioider, deretter gå mer og mer over til legemidler administrert oralt, mens man fortsetter å observere virkning og bivirkning. (Cooney, 2015).

Det finnes flere administrasjonsmåter som sykepleieren benytter til smertelindring. Ved akutte smerter, som denne oppgaven omtaler, blir legemidlene administrert slik at de får en

systemisk virkning, altså at de får virkning i hele kroppen (Berntzen et al., 2013).

Legemidlene kan blant annet gis peroralt, sublingvalt, intramuskulært, intravenøst og rektalt. Det finnes både fordeler og ulemper med de forskjellige administrasjonsformene som sykepleieren må ta i betraktning (Berntzen et al., 2013).

Pasientkontrollert analgesi (PCA) er også anbefalt til pasienter med opioidavhengighet. PCA er en smertepumpe som pasienten selv kan bruke til å gi seg selv små doser opioider intravenøst. Pumpen har sperre på hvor ofte man kan gi seg selv doser, og på hvor mange doser man kan gi seg selv over et tidsintervall, for å forhindre overdose. Sykepleieren et ansvar for å observere pasienten, slik at dosene kan justeres hvis pasienten får utilstrekkelig smertelindring eller viser tegn til overdose. Forutsetninger for bruk av PCA er at pasienten får god informasjon og tett oppfølging fra sykepleier. Sykepleieren må også observere at pasienten bruker pumpen riktig. Det har vist seg at PCA gir stor pasienttilfredshet, og at bivirkningene er omtrent like som når sykepleieren administrerer intravenøse opioider. (Berntzen et. al, 2013).

Cooney (2015) skriver at det ofte blir antatt at pasienter med opioidtoleranse har liten risiko for bivirkninger som respirasjonsdepresjon. Dette avhenger midlertidig også av hvilket inngrep pasienten har vært gjennom, hvor ofte dosen blir oppjustert og hvilke medisiner som jobber sammen, og derfor kan disse pasientene være i en større risiko for bivirkninger enn det som er forventet. (Cooney, 2015).

Det er viktig å være klar over at når man har pasienter som lider av et opioidmisbruk, at ikke den umiddelbare postoperative fasen er en passende tid å prøve å avvenne eller rehabilitere pasienten for sitt rusmisbruk. Det er viktig å vite at avhengighet er et komplekst fenomen som ikke kan behandles ved å holde tilbake, trappe ned på eller å utsette å gi opioider. Hvis man forsøker å holde tilbake medisiner kan dette føre til abstinenssymptomer i tillegg til at det kan øke mistillit til sykepleieren (Cooney, 2015). Smerter i kombinasjon med abstinens kan føre til angst, uro og aggressivitet hos pasienten (Li et al., 2012).

3.6 Konsekvenser av mangel på- eller inadekvat smertelindring

«Det er viktig å vite at man ikke gjør pasienten noen tjeneste ved å la være å gi tilstrekkelig smertelindring. Snarere kan komplikasjonene øke.» (Tønnessen 1996, sitert i Holm & Kummeneje, 2009). Berntzen et al. (2013) påpeker at utilstrekkelig smertelindring postoperativt gir pasienten en negativ opplevelse, hemmer deltagelse, og faren for kroniske smerter øker. Kroniske smerter er smerter som har vart i minimum tre måneder og som ikke er forventet å forsvinne av seg selv. Kroniske smerter medfører ofte store konsekvenser for pasienten, som søvnproblemer, nedsatt fysisk aktivitet og depresjon (Berntzen et al., 2013). Det er påvist en sammenheng mellom intensiteten av postoperative smerter og utviklingen av kroniske smerter, og at optimal smertelindring postoperativt kan forebygge denne utviklingen. (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2013; Holm & Kummeneje, 2009). Stresst som dårlig smertelindring medfører kan føre til at misbruket blir forverret (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Den norske legeföreningen (2009) skriver i sine retningslinjene for smertelindring under kapittelet om smertelindring til rusavhengige at om pasienten føler seg avvist eller får dårlig behandling, kan dette føre til økt trang til å bruke rusmidler.

3.7 Lovverk

Det er flere lover som regulerer helsetjenestene som blir gitt i Norge. De lovene jeg vil trekke frem i forbindelse med min problemstilling er pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og helsepersonelloven (1999). I dette underkapittelet blir lovene presentert kort, og så vil de paragrafene av lovene som er spesielt relevante for oppgaven bli videre utdypet i kapittel 4.

Formålet med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er å sikre at alle i befolkningen har lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet og å sikre pasienter og brukere rettigheter når de står ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder for alle i det norske kongeriket.

Helsepersonelloven har som formål å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og å sikre tillit til helsepersonell. Denne loven gjelder for alle som utøver helsehjelp i Norge (Helsepersonelloven, 1999).

3.8 Etikk

For å belyse det etiske perspektivene av problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011). De etiske retningslinjene for sykepleiere er utarbeidet av Norsk sykepleieforbund og bygger på ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring. De yrkesetiske retningslinjene er delt i seks kapitler; sykepleiens grunnlag, sykepleieren og pasienten, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeideren, sykepleieren og arbeidsstedet og sykepleieren og samfunnet (NSF, 2011).

Jeg har også valgt å bruke de fire prinsippers etikk for å belyse de etiske aspektene ved problemstillingen. De fire prinsippers etikk er et praktisk-etisk rammeverk som består av de fire prinsippene; velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. Disse prinsippene er likeverdige, men ikke absolutte. Hvis det oppstår en konflikt mellom et eller flere prinsipper, kan prinsippet settes til side, men det skal tilstrebe at konsekvensene av å sette et prinsipp til side så lite som mulig (Brinchmann, 2012).

4 Hvilken kompetanse trenger sykepleieren for å kunne bidra til adekvat smertelindring hos pasienter med en rusavhengighet?

I dette kapittelet skal jeg drøfte sykepleierens kompetansebehov i smertelindrende arbeid med rusavhengige pasienter. Jeg har valgt å dele drøftingen i fem deler; kunnskap, holdninger, tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier, sykepleierens samarbeid med lege og rammefaktorer. Artiklene jeg har lagt til grunn for min drøfting legger vekt nettopp på disse fem aspektene.

4.1 Kunnskap

Flere artikler trekker frem kunnskapsmangel som et hinder for sykepleierens evne til å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidmisbruk. Som beskrevet i kapittel 3 har mennesker med et rusmisbruk endret smertefysiologi, og dette gjør smertelindring til denne pasientgruppen mer komplekst (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Cooney, 2015). Dermed spiller kunnskap en stor rolle i hvordan sykepleieren bidrar til smertelindring til disse pasientene. En studie gjort av Krokmyrdal og Andenæs (2015), som undersøkte sykepleieres kunnskap og kompetanse om smertelindring til rusavhengige, fant at 88 prosent av sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til opioidmisbrukere. Blant annet ble evnen til å kartlegge hvilke typer smerter og intensiteten av smertene trukket frem som områder der sykepleierne manglet kompetanse. Artikkelen til Li et. al(2012), som hadde som hensikt å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige, fant at kun et mindretall av sykepleierne kartla rusmisbruk hos sine pasienter. De trekker frem at en mulig forklaring på dette kan være at sykepleierne manglet kunnskap om hvordan opioidmisbruk påvirker smertefysiologien og smertebehandlingen, og derfor ikke så nytten av denne kartleggingen. Langvarig opioidmisbruk fører til endringer i sentralnervesystemet som fører til økt toleranse, økt følsomhet for smerter og abstinensreaksjoner når tilførselen av opioider slutter (Li et. al, 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Kunnskap om pasientens avhengighet er grunnleggende for å kunne gi adekvat smertelindring, og at mangel på kartlegging kan føre til feildiagnostisering og underbehandling (Li et. al, 2012).

I studien til Morgan (2014), som hadde som hensikt å undersøke sykepleieres holdninger til rusavhengige pasienter med smerter, kom det frem at flere sykepleiere var motvillige til å gi opioider til pasienter med rusmisbruk da de var redde for at det skulle forverre misbruket til pasienten. Det er derimot ikke bevist at opioider som smertelindring bidrar til forverring av en eksisterende avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette kan også tyde på mangel på kunnskap hos sykepleierne.

Allikevel viste sykepleierne som deltok i studien til Li et. al (2012) at de hadde et høyt kunnskapsnivå når de fikk spørsmål om toleranse, noe som stemmer overens med tidligere studier der det er vist at helsepersonell oppgir å ha god kunnskap om rusavhengighet, toleranse og økt smerteterskel som følge av hyperalgesi. Allikevel får ikke pasienter med rusavhengighet mer analgetika enn pasienter uten avhengighet. Dette kan tyde på manglende samsvar mellom kunnskap og den praktiske anvendelsen av denne kunnskapen (Li et. al, 2012).

Studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) rapporterte at erfaringer fra arbeidssted og kollegaer var sykepleiernes fremste kilde til kunnskap, og at erfaringer fra arbeidsstedet de første fem årene etter ferdig utdanning er det som har mest innflytelse på kompetansen til sykepleieren. Internett, fagbøker og artikler ble lite brukt. Sykepleierne hadde det inntrykket at kollegaen sitter med den relevante ekspertisen, og brukte dermed sine kollegaer til å søke kunnskap for å understøtte avgjørelser. Det er allikevel ikke alltid tilfellet at det å spørre kollegaer fører til utvikling av økt kompetanse. Undersøkelsen stiller derfor et spørsmål til at sykepleierne tillegger sine egne og andres erfaringer så mye av vekten, da det er bevist at bruk av forskningsbasert kunnskap gir bedre resultater i praksis (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). En årsak til at sykepleiere ikke benytter seg av forskningslitteratur når de møter på problemstillinger i kliniske situasjoner, kan være mangel på tid (Nortvedt & Grønseth, 2013). Som beskrevet i teorikapittelet er smertene lettere å behandle før de blir for sterke (Holm & Kummeneje, 2009). Dessuten er ofte de kliniske problemstillingene så komplekse at det kan være vanskelig å definere hva man søker utdypende kunnskap om (Nortvedt og Grønseth, 2013).

I helsepersonelloven (1999) står det at helsehjelp skal være faglig forsvarlig og at det skal ytes omsorgsfull hjelp. Kravet om faglig forsvarlighet betyr at hjelpen som gis skal være kunnskapsbasert, mens med omsorgsfull hjelp menes at helsepersonellet skal opptre med en

omsorgsfull væremåte når de gir pleien (Molven, 2012). Kunnskapsbasert praksis inneholder både teoretisk kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kunnskap om den enkelte pasientens preferanser og behov (Kristoffersen et al., 2012). Dermed må den helsehjelpen som gis være bygget på teori og forskning for å være forsvarlig.

Som beskrevet kan kunnskapsmangel føre til inadekvat smertelindring, som igjen kan føre til større sjans for komplikasjoner etter operasjon og utvikling av kroniske smerter (Berntzen et al., 2013). Velgjørenhet- og ikke-skade prinsippet fra de fire prinsippers etikk handler om at sykepleieren skal tilstrebe å handle godt for pasientene, og beskytte pasientene mot skade (Brinchmann, 2012). Ved å bruke kunnskapen kan sykepleieren være med å lindre smertene til pasienten, noe som vil være godt for pasienten der og da. Samtidig beskytter sykepleieren pasienten mot skader som kan forekomme av ubehandlet smerte etter operasjon.

Kari Martinsen nevner fagkunnskap i sin beskrivelse av omsorgens praktiske aspekt. Hun skriver at når sykepleieren, i tillegg til sine erfaringer, bruke fagkunnskap gjør henne dette i enda bedre stand til å sørge for pasienten. Å anvende fagkunnskapen gjennom de redskapene sykepleieren har er grunnleggende i en omsorgssituasjon (Martinsen, 2003). I yrkesetiske retningslinjer under punkt 1.1 står det at sykepleie skal bygge på forskning i tillegg til erfaringsbasert kunnskap, og punkt 1.3 trekker frem at sykepleieren har et personlig ansvar for at en utfører sykepleie på en måte som er forsvarlig. Punkt 1.4 omtaler også sykepleierens ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen sitt fagområde, samt bidra til at denne kunnskapen blir benyttet i den praktiske utøvelsen av sykepleie (NSF, 2011).

Kari Martinsen trekker også frem at å kun tilegne seg kunnskap om sykepleie og medisin gjennom lærebøker ikke gjør sykepleieren automatisk i stand til å utøve omsorgsfull pleie. Det er ved at sykepleieren får praktisert sine fagkunnskaper, at fagkunnskap og praktiske ferdigheter kan bli til en enhet som fører til at sykepleieren kan yte omsorgsfull hjelp (Martinsen, 2003). Fagkunnskaper og erfaringer brukes sammen i omsorgsarbeidet.

Krokmyrdal og Andenæs (2015) trekker frem at medarbeidere kan være en god kilde til slik kompetanseutvikling, dersom dette organiseres på en systematisk måte. Dette har jeg selv observert i praksis der ansatte på avdelingen var «ressurspersoner» på hvert sitt tema. En ansatt hadde for eksempel fordypet seg i temaet bruk av pasient kontrollert analgesi (PCA), og de andre på avdelingen kunne komme til denne personen og spørre om hjelp om dette.

Arbeidsstedets egen kultur for kompetanseutvikling er et viktig punkt. Hvis arbeidsstedet formidler kompetanse som ikke er av akseptabel standard, vil dette bidra til at sykepleierens kompetanse ikke møter standarden. Derfor bør arbeidsplassen og sykepleieren som medarbeider oppmuntre til å søke kunnskap og nye ferdigheter, og til å oppmuntre til refleksjon rundt holdninger som vil gjøre sykepleierne i stand til å møte pasienten på en profesjonell måte. Å delta på kurs eller annet undervisningsopplegg gjør at kunnskapsnivået stiger. Hoveddelen av sykepleierne som deltok i studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) hadde ikke deltatt på kurs om smertelindring og rus.

Krokmyrdal og Andenæs (2015) antyder at erfaringsbasert kunnskap fra kollegaer og arbeidssted sammen med kurs og lignende for å få forskningsbasert kunnskap kan medvirke til å øke sykepleierens kunnskapsnivå samt påvirke til positive holdninger. Dette stemmer overens med beskrivelsen av kunnskapsbasert praksis; der man benytter seg av erfaringsbasert kunnskap, som her er egen og medarbeiderens erfaring, og teoretisk kunnskap, som kan oppnås gjennom for eksempel kurs, i tillegg til sykepleierens fokus på pasientens behov og preferanser (Kristoffersen et. al, 2012).

4.2 Holdninger

Artikkelen til Krokmyrdal og Andenæs (2015) fant at mesteparten av sykepleierne mente at opioidavhengige overdrev deres beskrivelse av smerte og var uærlige når de fortalte om effekten av de smertestillende medisinene de fikk. Studien indikerer at det er en grad av mistillit og negative holdninger til rusavhengige pasienter blant sykepleiere (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Dette stemmer overens med funnene i studiene til Morgan fra både 2006 og 2014, samt studien til Li et. al (2012). Holdninger kan være vanskelig å endre, og ofte kan helsepersonellets holdninger virke inn på behandlingen de gir. Blant annet har studier vist at helsepersonell bruker mindre tid hos pasienter de mener har skyld i sin egen sykdom (Li et al., 2012). Tanken om at rusmisbruk er selvforskyldt henger fortsatt igjen hos mange (Li et al., 2012). Li et al. (2012) skriver at dårlig behandling av opioidavhengige ofte kan være et resultat av stereotypiske holdninger i tillegg til mangel på kunnskap hos pleierne.

Morgan (2006) beskriver i sin studie, der hensikten var å utforske rusmisbrukernes perspektiv på smertelindring, at pasientene oppfattet at sykepleierne hadde mangel på respekt for dem

som mennesker, og at deres behov og følelser ikke ble anerkjent. Her ser vi et eksempel på at Kari Martinsens relasjonelle aspekt ved omsorgen ikke er ivaretatt. Martinsen (2003) skriver at sykepleieren må se pasienten ut ifra pasientens situasjon, og på den måten kan anerkjenne pasienten for den han er, med hans ressurser og begrensninger (Martinsen, 2003). Ved å ikke etterspørre eller tro på pasientens opplevelse av smerte, eller uten å se pasienten ut ifra hans situasjon, vil sykepleieren ikke støtte opp under pasienten (Martinsen, 2003). I yrkesetiske retningslinjer under punkt 2.3 står det at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). Kari Martinsen beskriver evnen til å se den andre ut ifra dens situasjon som en grunnleggende forutsetning for omsorg (Martinsen, 2003).

Sykepleierne på sin side snakket om hvor vanskelig denne gruppen pasienter kan være, og at en må være klar over sine egne reaksjoner når man arbeider med en gruppe som dette (Morgan, 2006). Å kjenne til sine egne holdninger og fordommer, og hvordan disse påvirker helsehjelpen som gis er viktig (Morgan, 2014). Når sykepleierne er klar over sine egne holdninger, kan de selv styre måten de møter og reagerer på disse pasientene. Morgan (2014) fremhever at undervisning om rusmisbrukere og smerter kan være et nyttig verktøy for å påvirke holdningen til sykepleierne. Sykepleiere som opplever å ha negative holdninger mot denne pasientgruppen, må få støtte i å håndtere dem (Morgan, 2014).

Når sykepleierne ikke håndtere sine negative holdninger kan dette resultere i inadekvat smertelindring (Morgan, 2014). Blant annet kan negative holdninger føre til at sykepleieren ikke vil bruke nok tid på pasienten og dens smerter (Li et al., 2012). I artikkelen til Morgan (2014) blir det skrevet at sykepleierne brukte mindre tid med pasienter med rusmisbruk, og at de kun tok seg av de fysiske behovene, men ikke tok seg tid til å snakke med pasienten. Den viktigste informasjonen sykepleieren henter inn under kartleggingen av pasientens smerter kommer fra pasientens egen beskrivelse. Derfor er det viktig at sykepleieren bruker tid til å kommunisere med pasienten om hans smerter (Berntzen et al, 2013). Sykepleieren var ofte forsinket i å gi den pleien som trengtes, og de var raske og hardhendte når de først var inne hos pasienten (Morgan, 2014). Når sykepleierens holdninger virker negativt på kompetansen til å smertelindre strider det imot rettferdighetsprinsippet i de fire prinsippers etikk. Dette er et prinsipp som står sentralt i mange etiske problemstillinger sykepleieren møter, spesielt når det gjelder fordeling av ressurser på ulike pasientgrupper (Brinchmann, 2012). Dette prinsippet går ut på at alle tilfeller skal behandles likt, og at ressurser skal bli fordelt likt (Brinchmann,

2012). Når sykepleieren bidrar til dårlig smertelindring til en pasient med et opioidmisbruk, fordi hun har negative holdninger, behandles pasienten urettferdig.

Artikkelen til Blay, Glover, Bothe, Lee, og Lamont (2012), som hadde som hensikt å undersøke pasienter med rusavhengighet sitt perspektiv på smertebehandlingen av deres akutte smerter, forteller derimot at de fleste rusavhengige pasientene var generelt sett fornøyd med den smertelindringen de fikk. De som fikk forordnet opioider var generelt mer fornøyd med smertelindringen enn de som bare hadde andre former for analgesia. Noen av rusmisbrukerne opplevde dårlig smertelindring, og trodde dette hadde sammenheng med negative holdninger fra helsepersonellens side, mens andre erkjente og satte pris på at helsepersonellet gjorde en innsats for å gi smertelindring. Ofte var det innsatsen de la inn i arbeidet med å lindre smertene som gjorde brukerne fornøyde, og ikke den faktiske reduksjonen av smerter (Blay et. al, 2012). Funnene i denne studien er nokså annerledes fra det som ble funnet i forskningsartikkelen til Morgan (2006). Der fant de at flere av respondentene ble møtt av stereotypiske holdninger, mangel på respekt og en holdning med at de var selvforskyldt i sin egen lidelse. Nesten alle deltakerne i studien måtte en eller flere ganger vente lenge på smertestillende de skulle få, og trodde selv dette var fordi de var rusmisbrukere (Morgan, 2006).

Man kan spørre seg hvorfor resultatene av disse to studiene er så forskjellige. For det første er studiene fra to forskjellige land, og som Morgan (2006) trekker frem har omgivelsene, samt retningslinjer og normer på sykehuset mye å si for smertelindringen. Smertelindringen foregår også på to forskjellige avdelinger. I Blay et. al (2012) foregår studien på et akuttmottak, mens i Morgan (2006) er det pasienter som var innlagt på en medisinsk og kirurgisk avdeling. En kan også trekke frem at studien til Morgan (2006) ble gjennomført hele seks år før studien til Blay et. al (2012). Det er mulig at smertebehandlingen til rusmisbrukere har blitt bedre, og at det er derfor de som ble intervjuet i undersøkelsen til Blay et al. (2012) hadde et mer positivt syn på smertebehandlingen sammenlignet med tidligere (Blay et. al, 2012). Morgan (2006) forteller også at alle deltakerne i undersøkelsen hadde dårlige erfaringer på området fra tidligere, og at dette spilte inn på deres forventninger til smertelindring og møte med helsepersonellet.

4.3 Tillitsforhold mellom pasient og sykepleier

I forlengelse av min diskusjon rundt holdninger, vil jeg trekke frem et område jeg mener er særlig relevant å sette et søkelys på i forbindelse med min problemstilling. Å skape et gjensidig tillitsforhold til pasienten er viktig ved smertelindring til pasienter med opioidavhengighet (Li et al. 2012). Li et al. (2012) skriver at det har vist seg at hvis sykepleieren velger å ha tiltro til pasientens beskrivelse av smerter, så er det mindre sannsynlig at pasienten vil ta rusmidler i skjul under sykehusoppholdet. Mange rusmisbrukere kan ha tidligere negative erfaringer med helsevesenet som påvirker deres møte med sykepleieren (Morgan, 2006); Li et al., 2012). I tillegg er rusmisbrukere en gruppe pasienter der mange har opplevd relasjonsskader og mangel på tilknytning, som kan ha ført til at de opplever mistillit til andre mennesker (Li et al., 2012; Skårderud et al., 2010).

I flere av forskningsartiklene er det beskrevet at sykepleiere har lite tiltro til opioidavhengiges rapportering av smerte. Krokmyrdal og Andenæs (2015) forteller at sykepleierne mente at pasienter med opioidavhengighet overdrev deres beskrivelse av smerte, var uærlige i evalueringen av effekten av smertestillende som ble gitt. En tredjedel av sykepleierne som deltok i studien til Li et. al (2012) mente at opioidavhengige lyver om sitt rusmisbruk. I studien til Morgan (2014) beskrives situasjoner der sykepleierne er i tvil om pasienten har så store smerter som blir beskrevet.

Opioidsubstisjon, altså at pasienten får basisbehovet sitt dekket for å unngå abstinenssymptomer, er viktig fordi abstinenser kan føre til forsterket følelse av smerte på grunn av hyperanalgesi (Li et al., 2012). Men, mange sykepleiere bekymrer seg for om pasienter har et skjult rusmisbruk når de er innlagt på sykehus, og manglende opioidsubstisjon kan ses i sammenheng med dette. Sykepleieren kan mistenke at pasienten tar rusmidler i det skjulte, og vegrer seg derfor for å gi opioidsubstisjon. Li et al. (2012) hevder også at flere opioidavhengige pasienter ikke vil si ifra om sitt misbruk fordi de er bekymret for at sykepleieren skal oppfatte deres atferd som russøkende. Når det er sagt vil det å holde tilbake opioider til opioidavhengige med smerter eller ikke behandle den opioidavhengiges abstinens kunne føre til at pasienten blir aggressiv og oppleves som vanskelig. Når helsepersonellet opplever rusmisbrukeren som aggressiv kan dette igjen føre til et gjensidig mistillitsforhold som videre vil problematisere smertebehandlingen (Li et al., 2012).

Når helsepersonell føler seg lurt eller manipulert kan dette true helsepersonellens identitet som troverdig yrkesutøver (Li et al., 2012). Dette kan virke inn på deres beslutninger rundt smertebehandlingen, og føre til at pasienten får inadekvat smertelindring. Bruk av kartleggingsverktøy fører til en mer nøyaktig og sammenlignbar vurdering av smertene, og kan redusere risikoen for å bli lurt (Li et al., 2012).

Sykepleieren bør forsikre pasienten om at han skal få adekvat smertelindring og behandling og forebygging av abstinenssymptomer. Dette vil gi større sjanse for å opprettholde et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier (Li et al., 2012). Både i Morgan (2006) og Blay et. al (2012) forklares det at flere av pasientene med rusmisbruk syntes at når sykepleierne tok deres smerter på alvor og forsøkte å lindre dem, virket det litt smertelindrende i seg selv. Pasientens tilfredshet med smertelindringen kommer ikke bare an på om intensiteten av smertene faktisk blir redusert, men også på om pleierne gjør en innsats i å prøve å lindre dem (Blay et. al, 2012).

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 står det at pasienten har rett til medvirkning og informasjon. Pasienten har rett til å selv medvirke om valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder, og pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og behandling, og om risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er derfor viktig å inkludere pasienten i smertebehandlingen, og at sykepleier informerer om hvilke bivirkninger smertebehandlingen kan medføre. Man kan knytte dette til autonomiprinsippet i de fire prinsippers etikk. Det handler om at man skal respektere pasientens rett til selvbestemmelse (Brinchmann, 2012). Dette gjøres ved å gi pasienten god informasjon og inkludere pasienten i beslutninger rundt den postoperative smertebehandlingen.

Som beskrevet i starten av kapittel 4.3 er rusmisbrukere en pasientgruppe som ofte har opplevd relasjonsskader og mangel på tilknytning (Skårderud et al., 2010). Derfor kan det tenkes at disse pasientene har mangel på ressurssterke pårørende, eller kanskje de ikke har pårørende i det hele tatt. Pårørende bidrar ofte med praktisk hjelp til det pasienten ikke klarer selv, men også med omsorg, støtte og trøst (Grov, 2011). Sykepleieren skal fremme pasientens beste, og fungere som pasientens advokat og talsmann (Nordtvedt, 2011). Mennesker med en rusavhengighet er ofte i en sårbar situasjon, hvor sykepleieren kanskje i

større grad enn normalt må fungere som advokat for de som mangler ressurssterke pårørende. Dette kan være viktig for sykepleieren å reflektere over i arbeidet med denne pasientgruppen.

4.4 Samarbeidet med lege

I helsepersonelloven (1999) kapittel 2 står det skrevet om krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Her trekkes det frem at «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.» (Helsepersonelloven, 1999). Når det kommer til smertelindring må sykepleier samarbeide tett med legen. Det er legen som forordner og sykepleieren som administrerer medisinene (Holm & Kummeneje, 2009).

I Helsepersonelloven (1999) står det skrevet at det er kun leger og tannleger som kan rekvirere legemidler som er reseptbelagte. Begrepet rekvirere vil si å forordne, bestille, ordinere og forskrive (Molven, 2012). Når det kommer til å gjøre i stand og å dele ut legemidler er det opp til lederen av virksomheten å bestemme dette. Lederen har ansvar for å lage et system som gjør at håndteringen av legemidlene som er rekvirert skjer på en forsvarlig måte, og at helsepersonellet som skal gjøre i stand og dele ut legemiddelet har tilstrekkelig kompetanse. Sykepleiere får ofte ansvaret for disse oppgavene på grunn av sin formelle kompetanse (Molven, 2012). Dermed er et samarbeid mellom legen som forordner medisinen og sykepleieren som ofte har ansvar for istandgjøringen og utdelingen viktig. Det er sykepleierens ansvar å rapportere tilbake til legen hvordan smertelindringen fungerer. Det må gis beskjed om virkning av smertelindringen, eventuelle bivirkninger. Hvis pasienten opplever å ikke bli tilstrekkelig smertelindret må sykepleieren gi beskjed til legen som deretter kan justere dosen eller endre behandlingen. (Berntzen et al., 2013).

Sykepleierne som deltok i undersøkelsen til Li et al. (2012) svarte at de mente at få leger var positive til smertebehandling av rusmisbrukere og til det å bruke tid og ressurser på å behandle disse pasientene. Morgan (2014) forteller at sykepleierne trekker frem det at de ikke får kontakt med den legen som forordner medisinene som en rammefaktor som kan virke inn på deres evne til å gi smertelindring til pasienter med rusavhengighet. Dessuten beskriver de situasjoner der pasienten har vært i sterke smerter mens legen har vært uvillig til å forordne

større doser eller andre medikamenter. Li et al. (2012) trekker frem at mangelfull forordninger kan forstås som at legen har en frykt for å bli lur. Sykepleieren har ansvaret for å rapportere om virkning og bivirkninger av behandlingen (Berntzen et al., 2013). Hvis den eksisterende smertelindringen ikke er tilstrekkelig, må sykepleieren melde fra til legen slik at legen kan øke dosene eller endre behandlingen (Berntzen et. al, 2013). God kommunikasjon mellom sykepleier og lege er viktig for smertelindring, og det er viktig at sykepleieren gir en dekkende og konkret rapport om pasientens smertetilstand og effekt av behandling (Berntzen et al., 2013). At sykepleieren har utviklet god kommunikasjonskompetanse i sitt samspill med legen, kan være avgjørende i arbeidet adekvat smertelindring.

4.5 Rammefaktorer

Med rammefaktorer menes de ytre, kontekstuelle faktorene som bestemmer handlingsrommet som sykepleieren har i praksis. Rammefaktorene kan medføre både muligheter og begrensninger (Fjørtoft, 2012, s. 159). I studien til Morgan (2014) har sykepleierne beskrevet rammefaktorer som kan virke inn på sykepleierens evne til å smertelindre pasienter med et rusmisbruk. Disse rammefaktorene inkluderer blant annet lav bemanning, at det er vanskelig å komme i kontakt med legen som forordner medisiner og dokumentasjonsproblemer (Morgan, 2014). Li et al. (2012) trekker frem tid som en viktig rammefaktor. I dette underkapittelet går oppgaven nærmere inn på rammefaktorene tid, dårlig bemanning og dokumentasjonsproblemer. Sykepleierens samarbeid med legen er beskrevet i 4.4.

Tid er en avgjørende faktor for å kunne gi god omsorg, og mangel på tid er noe som både sykepleieren og pasienten kan oppleve som vanskelig (Fjørtoft, 2012). Det er en sammenheng mellom dårlig bemanning og tid. Hvis man er færre på jobb, fører dette til flere pasienter per pleier, og sykepleieren blir nødt til å fordele tiden sin der hun finner det mest hensiktsmessig. Sykepleierens tid er nevnt tidligere i denne oppgaven, blant annet i kapittelet om kunnskap.

Kravet til dokumentasjon er lovfestet i Helsepersonell loven kapittel 8. Formålet med kravet til dokumentasjon er å ivareta pasientens sikkerhet og sikre kontinuitet i pleien (Molven, 2012). Pasienten vil i løpet av et sykehusopphold møte mange pleiere, og ofte er flere avdelinger involvert i behandlingen av en pasient. Dette kan føre til risiko for mangler i dokumentasjonen (Vabo, 2014). Mangelfull dokumentasjon kan føre til at pasientens settes

for fare (Vabo, 2014). Alle som utøver helsehjelp har plikt til å dokumentere, bortsett fra når man utøver hjelp etter instruks fra andre (Helsepersonelloven, 1999). Det skal dokumenteres slik at helsepersonellet som kommer etter får kjennskap til de opplysningene som er viktige for å gi forsvarlig helsehjelp (Molven, 2012). Når det gjelder smertelindring, som beskrevet i teoridelen av oppgaven, skal pasientens opplevelse av smerte, hvilke tiltak som ble satt i gang og effekten av disse tiltakene skal rapporteres. I dette tilfellet er bruk av kartleggingsverktøy og smerteskårer være veldig nyttig, da det er lett å forstås av neste sykepleier på vakt. (Berntzen et al, 2013). Er pasienten vanskelig å smertelindre, og man finner en behandling som fungerer, er det viktig å dokumentere dette slik at neste sykepleier på vakt vet hva som har funket og ikke. På denne måten vet sykepleieren som kommer på vakt etter deg hvordan hun skal gi smertelindring tilpasset denne pasienten. En god dokumentasjon gir oversikt over pleien som er gitt og fremmer individuell sykepleie (Fjørtoft, 2012).

De forskjellige rammefaktorene virker inn på hverandre, og det er også en sammenheng mellom rammefaktorene og de andre punktene beskrevet i drøftingsdelen av denne oppgaven. Et eksempel er dokumentasjon og tid. I undersøkelsen til Morgan (2014) beskriver en sykepleier vanskeligheter med å disponere tiden slik at de får tid til å dokumentere i tillegg til å skulle gi omsorgsfull pleie til pasienten. Et annet eksempel er sammenhengen mellom tid og kunnskap. Som beskrevet i 4.1 er mangel på tid en av årsakene til at sykepleiere ikke går til forskningslitteraturen for å finne svar på problemstillinger i praksis (Nortvedt & Grønseth, 2013). Holdninger vil virke inn på hvordan sykepleieren disponerer sin tid. Som tidligere nevnt var brukte sykepleierne mindre tid på pasienter de mener er selvforskyldt i egen sykdom, slik som rusmisbruk (Li et al., 2012). Når jeg trekker frem en diskusjon om rammebetingelser i denne sammenhengen, er det fordi det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om rammebetingelser for det handlingsrommet vedkommende jobber i. Videre må sykepleieren utvikle ferdigheter til å kunne manøvrere i dette handlingsrommet på en mest mulig hensiktsmessig måte både for pasientenes og arbeidsstedet (Fjørtoft, 2012). Dette vil påvirke sykepleierens kompetanse til å smertelindre pasienter med opioidavhengighet.

6 Konklusjon

I møtet mellom sykepleiere og opioidavhengige pasienter med behov for postoperativ smertelindring aktualiseres noen viktige sykepleiefaglige overveielser. Å kunne stå støtt i slike overveielser, forutsetter at sykepleier har utviklet noen kompetanser som jeg har satt søkelys på i denne oppgaven. Kompetanse definert som den samlede kunnskap, holdninger og ferdigheter sykepleieren må ha for å gjennomføre oppgaver og løse problemer gjennom kritisk tenkning og refleksjon, har vært mitt utgangspunkt.

Tilstrekkelig forskningsbasert kunnskap om faglige spørsmål, som for eksempel hvordan opioidmisbruk påvirker smertefysiologien, er sentralt. Artiklene som er benyttet forteller om behovet for kunnskap hos sykepleierne som utøver smertelindring til denne pasientgruppen. Hovedtrekk av den aktuelle fagkunnskapen ble presentert i kapittel 3. Fagkunnskap er allikevel alene ikke nok. Den må kobles sammen med erfaringsbasert kunnskap og målgruppekunnskap for at sykepleieren skal jobbe kunnskapsbasert. Den erfaringsbaserte kunnskapen utvikles ofte i fellesskap med kollegaer hvor det er viktig at arbeidsstedet har utviklet en kultur for felles refleksjon, for at det er trygt å kunne rådføre seg med hverandre og løfte frem nødvendig diskusjoner. Kunnskap om rammebetingelser og hvordan disse påvirker sykepleierens kompetanse til smertelindring av opioidavhengige er også viktig. Det er også viktig at sykepleieren kjenner til lovverk og etiske regler som setter rammen for smertelindring til opioidavhengige.

En sentral komponent i den sykepleiefaglig kompetansen handler om holdninger. Det å bli kjent med hvilke holdninger vi har med oss overfor pasienter med en rusavhengighet, er veldig viktig. Hvordan vi forholder oss til egne holdninger og lar de styre våre handlinger som sykepleiere, er et grunnleggende etisk spørsmål. Kunnskap og støtte ble trukket frem som viktige holdningsendrende tiltak. Å skape et tillitsforhold til pasienten er viktig for smertebehandlingen. De fire prinsippers etikk trekker frem at sykepleieren skal gjøre godt, ikke skade pasienten, respektere pasientens autonomi, og handle rettferdig. Disse har blitt brukt til å belyse noen av de etiske aspektene ved problemstillingen.

Når det kommer til Kristoffer som jeg møtte i min første sykehuspraksis, oppnådde sykepleierne i samarbeid med legen og pasienten selv til slutt smertelindring. Sykepleieren søkte støtte hos de andre sykepleierne, og de rådførte seg med legen. Som beskrevet i kapittel

4.1 kunne de i tillegg til å bruke erfaring, ha gått til fag- og forskningslitteraturen og søkt noen løsningsforslag der. Flere sykepleiere ville avfeie Kristoffers beskrivelse av smerter som russøkende atferd. En sykepleier var veldig bestemt på å forstå hans side av saken, og forsøke å se pasienten ut ifra hans situasjon. Hun spurte de andre sykepleierne hvorfor de trodde Kristoffer var russøkende, og hun skapte en diskusjon rundt dette. Selv om denne situasjonen skapte mange diskusjoner og selv om smertelindringen ble betydelig forsinket, virket Kristoffer til slutt fornøyd med måten han ble behandlet på. Når jeg ser på dette i etterkant av å ha skrevet denne oppgaven, skjønner jeg at denne situasjonen endte på en god måte både på grunn av god individuell kompetanse hos enkelte ansatte, og en godt utviklet kultur for kompetansedeling og felles refleksjon på avdelingen.

Referanseliste

- Arnstein, P. (2010). Is my patient drug-seeking or in need of pain relief? *Nursing*. 40(5), 60-61. doi:10.1097/01.NURSE.0000371136.70791.13
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2013). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s. 273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg, s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*. 42(2), 289-297. doi:10.5172/conu.2012.42.2.289
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i Sykepleien* (3. utg, s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Cooney, M. F. (2015). Management of Postoperative Pain in Opioid-Tolerant Patients. *Journal Of Perianesthesia Nursing*. 30(5), 436-443. doi:10.1016/j.jopan.2015.08.006
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Grov, E. K. (2011). Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient. I I. M. Holter & T. E.

- Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (4. utg, s. 69-80). Oslo: Akribe
- Helsedirektoratet (2011). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. revisjon, norsk utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie. Med dagkirurgi.* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget
- Hovland, G., Kyrkjebø, D. & Råholm, M. B. (2015). Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesta; samspel mellom utdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1), 4-19. Hentet fra:
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/411529/HovlandKyrkjeboeR%C3%A5holm.pdf>
- Høien, F. (2014). *Postoperativ smertebehandling.* Hentet fra:
<https://www.nsf.no/Content/1570053/Postopr%20smerte%20beh%20F.%20H%C3%B8ien.pdf>
- Håkonsen, K.J. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg, s. 15-29.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. doi:10.1016/j.nedt.2015.02.022
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere

- innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning* 7(3), 252-260. Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Fra beskrivelsen av Kari Martinsen i bokens perm. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Morgan, B.D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41. doi:10.1016/j.pmn.2005.12.003.
- Morgan, B.D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. Doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004
- Nesvåg, S. (Udatert). *Hvordan kan man definere rusmisbruk? Er det store kulturelle forskjeller i hva man oppfatter som misbruk?* Hentet fra: <http://www.forebygging.no/spm-og-svar/1-KultrurEtiniset/Hvordan-kan-man-definere-rusmisbruk-Er-det-store-kulturelle-forskjeller-i-hva-man-oppfatter-som-misbruk/>
- Norsk sykepleieforbund (NSF) (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie funksjon og ansvar. I: H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg, s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1

Politiet. (2013). *Definisjon på rusmiddel/rusmisbrukar*. Hentet fra:

https://www.politi.no/rad_fra_politiet/narkotika/mistanke_om_misbruk/Tema_56.xml

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013) *Den gode oppgaven* (2. utg.). Bergen:

Fagbokforlaget

Shaygani, S. & Wahl, H. (2009). Behandling av opioid abstinens. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 129(2), 114–115. Doi: 10.4045/tidsskr.09.32466

Skogen, J.C., Handal, M., Nesvåg, R., & Skurtveit, S. (2014) Ruslidelser i Norge –

Folkehelse rapporten 2014. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra:

<http://www.fhi.no/artikler/?id=110543>

Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F. & Lund, K.E. (2015). *Rusmidler i Norge*. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra:

<http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2015-2/rusmidler-i-norge-2014-2/>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerte. I H. Nordeng, & O. Spigset

(Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (2. utg, s. 341-351). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2008) Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte, fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Vabo, G. (2014) *Dokumentasjon i sykepleie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk