

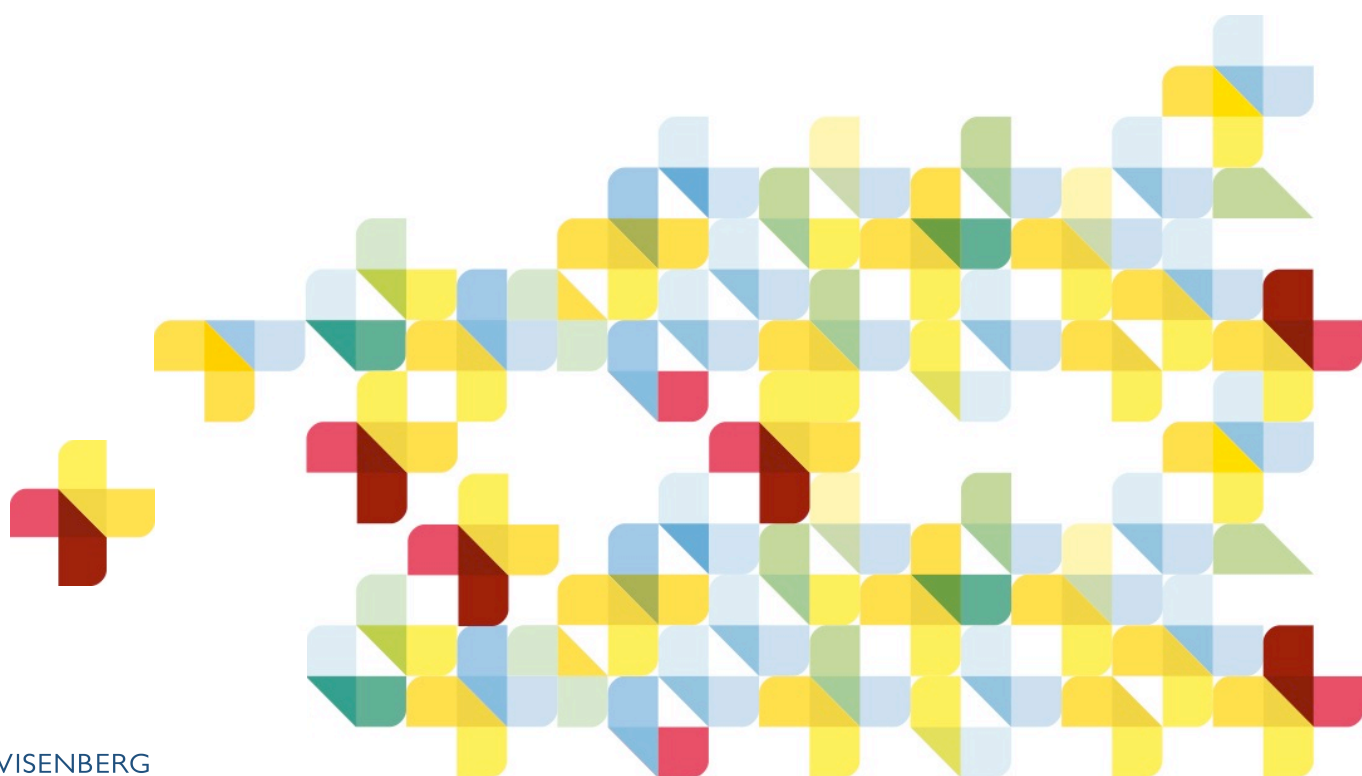


# Opioidmisbrukere føler også smerte

Kandidatnummer: 383  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 10152  
Dato: 14.04.2016



Abstrakt	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2016
Tittel: Opioidmisbrukere føler også smerte	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleierens kompetanse bidra til adekvat analgesi hos opioidmisbrukeren med akutte smerter i sykehus?</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Et litterært studie har blitt foretatt med utgangspunkt i relevant faglitteratur, fag- og forskningsartikler, lovverk og retningslinjer, samt egne erfaringer fra arbeid og praksis gjennom skolen for å svare på problemstillingen</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Smertelindring av opioidmisbrukere byr på mange utfordringer med tanke på deres toleranse og valg av legemidler og krever faglig forståelse. Bruk av kartleggingsverktøy for kartlegging av smerter, rusbruk og abstinenser er sentrale hjelpemidler. Kompetanse innen emnet vil være av stor betydning for å kunne bidra til adekvat analgesi hos pasienten. Denne kompetansen er basert på god faglig forståelse samt erfaringsbasert kunnskap.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Ved hjelp av fag- og forskningslitteratur, samt et sykepleieteoretisk perspektiv drøftes de sykepleiefaglige utfordringene hentet ut fra det teoretiske rammeverket. Ved hjelp av en pasienthistorie belyses de aktuelle punktene også med tanke på rammefaktorer, etiske og juridiske hensyn.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Felles for forskning innen dette feltet er manglende kompetanse hos sykepleiere og manglende bruk av kartleggingsverktøy. Negative holdninger og stigmatisering er med på å redusere kvaliteten på smertelindringen og oppfølgingen denne pasientgruppen mottar. Økt kompetanse vil derimot ikke være tilstrekkelig uten at det skjer en holdningsendring blant helsepersonalet.</p>	
<b>Nøkkelord: Opioidmisbruker, smerter, kartlegging, kompetanse, sykepleie</b>	

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Presisering og avgrensning</b> .....	<b>2</b>
<b>1.4 Begrepsavklaring</b> .....	<b>3</b>
1.4.1 Kompetanse.....	3
1.4.2 Opioid.....	3
1.4.3 Opioid-/rusmisbruker .....	3
1.4.4 Avhengighet .....	4
1.4.5 Misbruk .....	4
1.4.6 Analgesi .....	4
1.4.7 Adekvat analgesi .....	4
<b>1.5 Disponering av oppgaven</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Metodevalg</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Litteratursøk</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 Presentasjon av litteratur</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4 Kildekritikk</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Sykepleiefaglig teoretisk referanseramme</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Hva smerter er og hvordan de påvirker pasienten</b> .....	<b>10</b>
<b>4.1 Rusmisbrukeren som pasient</b> .....	<b>10</b>
<b>4.2 Kartlegging av smerter, bruk av rusmidler og observasjoner av smerte</b> .....	<b>11</b>
4.2.1 Kartlegge bruk av rusmidler.....	12
4.2.2 Kartlegge smerte .....	12
4.2.3 Observasjon av smerte og behandlingens effekt.....	13
<b>4.3 Smertelindring</b> .....	<b>14</b>
4.3.1 Medikamentell smertelindring .....	14
4.3.2 Ikke-medikamentell smertelindring .....	15
<b>5. Hvordan kan sykepleieres kompetanse bidra til adekvat analgesi hos opioidmisbrukeren med akutte smerter i sykehus?</b> .....	<b>16</b>
<b>5.1 Sykepleierens kunnskap er en viktig ressurs</b> .....	<b>17</b>
<b>5.2 Våre holdninger har betydning</b> .....	<b>21</b>
<b>5.3 Sykehusets rammefaktorer vil påvirke sykepleierens arbeid</b> .....	<b>25</b>
5.3.1 Tid .....	26
5.3.2 Økonomi.....	27
<b>5.4 La oss ikke glemme etikken</b> .....	<b>28</b>
<b>6. Avslutning</b> .....	<b>30</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg 1; DUDIT</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg 2; DUDIT-E</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg 3; COWS</b> .....	<b>39</b>
<b>Vedlegg 4; VAS, NRS &amp; FRS</b> .....	<b>40</b>
<b>Vedlegg 5; MPQ</b> .....	<b>41</b>

# 1. Innledning

I 2013 presenterte Helse Stavanger i samarbeid med IRIS, Sandnes kommune, Helse Fonna HF og fem kommuner i Helse Fonnas en statistikk over rusmiddelbruken i Norge. I følge denne statistikken var det om lag 40 000 brukere av kommunale tjenester med en kjent rusmiddelproblematikk. Av disse var ca. 8000-12.000 injiserende misbrukere; rusmiddelmisbrukere som injiserte rusmidlene framfor inhalasjon eller enteral administrasjon (Helse Stavanger, 2013). Til tross for at det trolig er store mørketall knyttet til denne statistikken, er det en god indikasjon på omfanget av problematikken rundt rusmiddelmisbruk.

Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleieren, som en del av et tverrfaglig team gjennom sitt arbeid i somatisk avdeling på sykehus, kan bidra til at opioidmisbrukeren får adekvat smertelindringen. Mine funn viser at dette krever god kunnskap om smerter og hvilke andre aspekter av behandlingen som må vurderes når man har en opioidmisbruker som pasient.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I sykepleierutdanningens rammeplan står det skrevet hvilke funksjonsområder en sykepleier skal utøve i sin sykepleie. Ett av disse områdene er å yte en pleiegivende, omsorgsgivende, lindrende og behandlende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008). Og det er denne funksjonen som er grunnlaget for denne bacheloroppgaven.

Gjennom mitt engasjement hos en av byens bo- og helseinstitusjoner for rusavhengige, har jeg fått bedre kjennskap til rusmiddelmisbrukeren og mennesket bak avhengigheten. Noe som både har vært krevende, spennende og lærerikt. Imidlertid har jeg ikke følt at jeg har ervervet meg tilstrekkelig med kunnskap om denne gruppen mennesker som pasient gjennom min utdanning, i sær smertelindring er et område jeg føler jeg mangler mye kunnskap om og som ikke vektlegges tilstrekkelig i undervisningen. Dette gjenspeiles gjennom historier jeg har blitt fortalt av misbrukere jeg har møtt i forbindelse med arbeid. Spesielt en historie skiller seg godt ut for meg. En bruker forteller han var uheldig og fikk en fraktur colli femoris etter en trafikkulykke han var innblandet i. Denne skaden krevde kirurgisk behandling, men på grunn av redsel for utilstrekkelig smertelindring, ønsket brukeren å utsette operasjonen en kort periode. På denne tiden rakk han samle inn flere doser metadon som han så hadde med seg

ved innleggelse. Slik følte han at han sikret seg god smertelindring, da han ikke hadde tiltro til at han ville få god nok behandling på sykehuset. Med bakgrunn i dette har jeg derfor valgt å ta for meg smertelindring av opioidmisbrukere som tema til min bachelor.

## **1.2 Problemstilling**

Ut fra valg av tema har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleierens kompetanse bidra til adekvat analgesi hos opioidmisbrukeren med akutte smerter i sykehus?*

## **1.3 Presisering og avgrensning**

På grunn av oppgavens omfang har jeg satt noen begrensninger i besvarelse av problemstillingen. Av rusmidler som benyttes, er opioider et av de potente rusmidlene som er i omløp, og derfor har denne oppgaven forholdt seg til nettopp dette rusmiddelet. Jeg ser det som svært utfordrende å finne en adekvat analgesi til disse misbrukerne. Opioider vil ofte være et av førstevalgene til pasienter som presenteres med sterke moderate til alvorlige akutte smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013), og ønsker dermed å sette fokus på hvor viktig det er med et godt kunnskapsgrunnlag.

Kroniske smerter er smerter med varighet på minimum 3 måneder uten at de forsvinner av seg selv og er ofte forbundet til kroniske sykdommer, mens akutte smerter opphører når sykdom er behandlet eller skade er helet (Berntzen et al., 2013). Til tross for at mange rusmisbrukere lever med kroniske smerter i varierende grad, har jeg valgt å fokusere på pasienter med moderate til alvorlige akutte smerter. Bakgrunnen for fokus på disse er at de ofte har færre liggedøgn på sykehus, og det er dermed en større utfordring å skape en god relasjon som vil kunne være avgjørende for å foreta en nøyaktig kartlegging, samt gi god behandling. Jeg har valgt å ikke gå noe dypere inn på hvordan kartleggingsverktøyene brukes i behandlingen eller hvordan man resultatene analyseres, da dette vil bli for omfattende for min oppgave.

Ingen andre demografiske begrensninger når det gjelder målgruppe er satt, da man i sykehus

vil kunne møte denne pasientgruppen i de fleste avdelinger, alle aldre og kjønn. I søken på litteratur har jeg valgt å ikke fokusere på avhengighet som følge av foreskrevne opioider.

## **1.4 Begrepsavklaring**

For å unngå mistolkning av begreper som benyttes i problemstillingen av oppgaven, er sentrale ord og begreper definert under. Noen begreper er også definert fortløpende i teksten der det er naturlig.

### **1.4.1 Kompetanse**

Kompetanse kan beskrives som den evnen en person har til å utføre en oppgave riktig og kan ses på som en kombinasjon av kunnskap, ferdighet og oppførsel som brukes for å utføre sin gitte rolle (Definisjoner, s. a.).

### **1.4.2 Opioid**

Opiater, også kalt opioider, er en fellesbetegnelse for flere stoffer som kommer fra opiumsvulmen eller er kunstig framstilt stoffer med lik effekt. De vanligste vi møter er heroin, morfin og metadon. Sistnevnte benyttes som substitusjonsbehandling av opiatavhengige. Opiatene kan tas i form av tabletter, røykes eller injiseres (Helsedirektoratet, 2010, s. 22; Biong & Ytrehus, 2012, s.112).

### **1.4.3 Opioid-/rusmisbruker**

I Norge er de fleste misbrukerne ”ikke-medisinske” brukere, det vil si brukere som ikke har startet opioidbehandling i medisinsk øyemed. Det er også en kultur for injeksjon av stoffet framfor røyking (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). Biong og Ytrehus (2012, s. 19) beskriver rusmisbruk som at alt inntak av illegale rusmidler per definisjon er rusmisbruk.

#### **1.4.4 Avhengighet**

ICD-10 definerer avhengighet som en tilstand hvor gjentatt bruk av stoff kan føre til flere adferdsmessige, kognitive og fysiologiske tilstander og hvor substansen får en høyere personlig verdi og prioritet enn tidligere. For å stille diagnosen, er det imidlertid visse kriterier som skal oppfylles (World Health Organization, 1992). Om dette stoffet mangler eller uteblir, vil abstinenssymptomer oppstå (Nylenna, 2009, s. 51).

#### **1.4.5 Misbruk**

Betegnes som overforbruk eller avhengighet av et stoff eller legemiddel uten at bruken er av medisinsk begrunnelse (Nylenna, 2009, s. 301).

#### **1.4.6 Analgesi**

I følge Nylenna (2009, s. 30) er analgesi smertefrihet uten at bevisstheten er påvirket.

#### **1.4.7 Adekvat analgesi**

Opplevelsen av smerter er svært individuell, og er dermed vanskelig å kontrollere. Av denne grunn er det opp til pasienten selv å avgjøre om smertelindringen er tilstrekkelig eller ikke (Berntzen et al., 2013, s. 387).

Begrepene opioidmisbruker, opioidavhengig og rusmisbruker brukes om hverandre i litteraturen og i noe litteratur vil de kunne ha en noe forskjellig betydning. Jeg har med likhet som litteraturen, benyttet meg av disse tre begrepene vekselvis for å få en naturlig flyt i teksten. Mye av litteraturen jeg har benyttet meg av har omhandlet rusmisbrukere som en gruppe, og det vil dermed være naturlig å bruke data hentet fra dette med lik terminologi. Dataene jeg har benyttet meg av er likevel overførbare i forhold til opioidmisbrukere, da det hovedsakelig omhandler informasjon rundt holdninger hos sykepleier og pasient.

## **1.5 Disponering av oppgaven**

Den første delen av oppgaven presenterer teoretisk kunnskap for å besvare problemstillingen. En innføring i smerte og smertebehandling vil bli gitt, samt hvilke hensyn helsepersonell må ta ved behandling av opioidmisbrukere, og viktigheten av nøyaktig kartlegging av misbruk og smerter. Videre blir viktigheten av god faglig kunnskap lagt fram. Deretter blir litteratur og forskning som får viktigheten av gode holdninger og kommunikative egenskaper redegjort for. Til sist i oppgaven blir problemstillingen besvart.



## **2. Metode**

Metode er en systematisk måte å gå fram på for å samle inn informasjon og kunnskap slik at problemstillingen kan besvares (Thidemann, 2015, s. 76). I dette kapittelet vil jeg derfor presentere min framgangsmåte for å finne relevant litteratur som blir brukt i utforming av oppgaven samt presentere noe av litteraturen som ligger til grunn.

### **2.1 Metodevalg**

Oppgaven er utformet som et litterært studie hvor jeg har søkt medisinske databaser for å finne gode, oppdaterte og relevante kilder. Pensumlitteratur har blitt benyttet, men selvvalgt litteratur og forskning er grunnsteinene i denne oppgaven. Mye av litteraturen er forskningsbasert og vil dermed bestå av en del sekundærdata (Thidemann, 2015, s. 77).

### **2.2 Litteratursøk**

For å finne faglitteratur til oppgaven har pensumlitteratur blitt gjennomgått samt søk i BIBSYS og Oria med søkeord som smerte, rusmisbruk, opioider, hyperalgesi, pain og substance abuse. Det har vært utfordrende å finne litteratur som direkte knytter disse sammen, spesielt i sammenheng med akutte smerter. Derfor er litteratur som omhandler smerter og rusmisbruk kombinert benyttet, i form av både norsk og utenlandsk litteratur.

For å finne forskning- og fagartikler har jeg benyttet meg av søkemotoren Cinahl hvor jeg brukte søkeordene pain, pain management, substance abuse, opiates, hyperalgesi og nurse. Disse ble benyttet i forskjellige kombinasjoner og ga flere treff. For å smale inn søket noe, valgte jeg å avgrense meg for artikler publisert senest 2006, fagfelle vurdert, for å sikre at artiklene er oppdaterte og troverdige, og som videre falt inn under de øvrige avgrensninger jeg har nevnt tidligere. Da ikke alle artikler jeg har funnet ved hjelp av Cinahl har vært tilgjengelig i fulltekst, har jeg benyttet Google Scholar for å finne disse, samt bestilt fra skolens bibliotek de jeg selv ikke hadde tilgang til. Ved hjelp av de artikler jeg har funnet, har jeg videre benyttet meg av deres litteraturliste hvor jeg har funnet litteratur relevant til min

problemstilling, så kaldt snowballing. På lik linje med artiklene jeg fant ved hjelp av Cinahl, har jeg benyttet Google Scholar for å finne disse i fulltekst.

## 2.3 Presentasjon av litteratur

I min søken etter forskning var jeg spesielt ute etter forskningsartikler hvor de enten hadde hatt fokus på hvordan opioidmisbrukere med smerter opplever behandlingen eller hvordan sykepleierne opplever det å arbeide med denne pasientgruppen.

*Heightened pain perception in illicit substance-using patients in the ED: implications for management* (Neighbor, Dance, Hawk & Kohn, 2011), *Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief* (Morgan, 2006) og *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment* (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012) er alle tre artikler som tar for seg rusmisbrukerens perspektiv på det å være pasient. Forfatterne av disse artiklene har benyttet seg vekselvis av kvalitativ, kvantitativ eller blandingsstudie for å best belyse rusmisbrukerens synspunkter. Artiklene *Challenges in nursing practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence* (Neville & Roan, 2014) og *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* (Li, Undall og Nåden, 2012) er begge forskningsartikler som tar for seg hvordan sykepleierne synes det er å arbeide med denne pasientgruppen. Førstnevnte benytter seg av en kvalitativ tilnærming for å samle data, mens sistnevnte benytter seg av kvantitativ metode. Ettersom alle artiklene har benyttet seg av forskjellig tilnærming for å samle data, vil resultatene kunne utfylle hverandre og dermed gi et mer helhetlig bilde av situasjonen.

Av fagartikler har jeg benyttet meg av *Mechanisms of opioid-induced tolerance and hyperalgesia* (DuPen, Shen & Ersek, 2007) og *Opioid-induced hyperalgesia* (Pasero & McCaffery, 2012) som begge gir et teoretisk grunnlag for hva hyperalgesi er og hvordan det oppstår. *Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse* (Faria da Cunha, 2015) brukes for å belyse de etiske sidene av den behandlingen av rusmisbrukere i sykehus som tas opp de andre artiklene.

## 2.4 Kildekritikk

Store deler av forskningslitteraturen jeg har samlet, har blitt publisert i USA, da det er lite forskning å vise til innenfor dette emnet i Norge. Dette ser jeg ikke på som noen hindring, da jeg ser på våre holdninger og kunnskaper til smertelindring av opioidmisbrukere som svært like. Det jeg derimot har unngått, er artikler med utgangspunkt i de som har blitt avhengig av opioider som følge av foreskrevne medisiner. Artiklene jeg har funnet om hyperalgesi, har likevel hovedfokus på pasienter som har ervervet tilstanden som følge av lengre tids bruk av foreskrevne opioider som følge av kroniske smerter eller kreft smerter. Deres lange forbruk av opioider er ikke så annerledes enn misbrukes, sett bort i fra at deres forbruk er noe mer kontrollert og dokumentert. Tilstanden vil fremdeles kunne oppstå hos begge pasientgruppene, og litteraturen vil dermed være relevant.

Mange av artiklene omhandler rusmisbrukere som en gruppe, men jeg ser likevel en stor overføringsverdi i resultatene som er presentert, da kunnskapsmangelen hos personalet og de holdninger de presenterer vil være lik uavhengig misbruk hos pasienten.

Noen av bøkene jeg har benyttet meg av er av noe eldre dato, men fremdeles aktuelle. Pain; Clinical Manual skrevet av McCaffery og Pasero (1999) er begge anerkjente forfattere som fremdeles er aktive innen forskning i dette emnet. Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1999) er en oversettelse fra originalen skrevet av Travelbee i 1971, og vil dermed være nært forfatterens egen tolkning av teorien. Med bakgrunn i dette, har jeg valgt å benytte meg av disse.

### **3. Sykepleiefaglig teoretisk referanseramme**

Joyce Travelbee sier sykepleie er en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier hvor det enkelte individ står i sentrum. Hun presiserer at man skal opprette et menneske – til – menneske forhold framfor sykepleier – til – pasient forhold. Ved å se på pasienten som et unikt individ og menneske framfor en sykdom eller diagnose, vil man kunne se meningen i deres erfaringer og situasjon. Dette settes som grunnlaget for å kunne yte sykepleie av god kvalitet (Travelbee, 1999).

Evnen til empati og sympati er en forutsetning for å kunne forstå pasienten og hjelpe dem i deres situasjon. Uten å kunne føle empati og sette seg inn i pasientens situasjon, vil man ikke kunne utvise sympati hvor man viser et ønske om å hjelpe. Det er imidlertid viktig at sykepleieren kan skille mellom sine egne og pasientens behov i denne prosessen. Det er også gjennom kompetansebygging og erfaring at sykepleieren utvikler evnen til å bruke seg selv terapeutisk som er basert på selvinnsikt og selvforståelse for menneskets adferd og verdier. Denne evnen består i å bevisst bruke seg selv på en slik måte at man fremmer en endring hos pasienten som bidrar til å redusere eller lindre plager (Travelbee, 1999).

Det er med denne teoretiske tenkningen som bakgrunn, jeg ønsker å legge fokus på i min besvarelse av problemstillingen. Det å se pasienten som et unikt menneske framfor en rusmisbruker og vanskelig pasient, og etterstrebe å opprette en god relasjon for å kunne yte god helsehjelp.

## **4. Hva smerter er og hvordan de påvirker pasienten**

Smerter oppleves svært individuelt og det er viktig å være dette bevisst i møte med pasienter som er smertepåvirket. Bare pasienten kan vite hvordan smertene føles og deres intensitet og varighet (Berntzen et al., 2013), smerter er derfor subjektivt.

Akutte smerter oppstår som oftest av en skade i vev. Når vev skades, sendes det nervesignaler via nervebaner fra det skadde området og inn til ryggmargen via nociseptive nervebaner, hvor så signalene sendes videre til hjernen og registreres. Hjernen gir signaler om å øke utskillelsen av kroppsproduserte opioider (endorfin, enkefalin og serotonin) og transmittorsubstanser (serotonin og noradrenalin) slik at smerteoverføring hemmes samtidig som smertereseptorer i hjernen blokkeres. Ballansen mellom de kjemiske stoffene som skilles ut er også med å avgjøre i hvilken grad personen opplever smertene (Berntzen et al., 2013).

Det ses en sammenheng mellom dårlig behandling av akutte smerter og utvikling av kroniske smerter. Å gå med smerter som ikke behandles tilstrekkelig vil ha negativ innvirkning på heling og organsystemer på grunn av kroppens økte stressrespons. Økt belastning på sirkulasjonssystemet og hjertet vil øke risiko for utvikling av arytmier og hjerteinfarkt. Mage-tarm-kanalen påvirkes og pasienten vil kunne oppleve kvalme, brekninger og obstipasjon. Evnen til mobilisering vil også kunne være redusert som følge av smertene (Berntzen et al., 2013).

For å hindre disse negative konsekvensene må de akutte smertene behandles tilstrekkelig medikamentelt, gjerne i en kombinasjon av ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak. Om den med smerter ikke opplever å bli møtt med forståelse eller ikke får den hjelpen han har behov for, kan dette øke følelsen av ensomhet og hjelpsløshet og således forsterke opplevelse av smerte (Berntzen et al., 2013).

### **4.1 Rusmisbrukeren som pasient**

Som pasient er rusmisbrukere ofte utsatt for traumer og enkelte sykdommer som vil kunne føre til smerter (Den Norske Legeforening, 2009; Skoglund & Biong, 2012). Misbruk av heroin gjennom injeksjon forekommer ofte i svært urene forhold og med skittent utstyr og

infeksjoner er derfor et vanlig problem. Disse infeksjonene vil kunne føre til abscesser og gjentatte injeksjoner, gjerne flere ganger daglig, kan føre til dyp venetrombose. Begge tilstandene kan være smertefulle og er vanlige årsaker til at behandling oppsøkes og innleggelse. Den vanligste årsaken for innleggelse er imidlertid pneumoni. Bruken av heroin eller andre opioider vil gi en dempende effekt på respirasjonssystemet, og i kombinasjon med andre faktorer er de mer utsatt for å utvikle lungebetennelse (Skoglund & Biong, 2012).

Hyperalgesi er definert som en økt smerterespons på stimuli som normalt er smertefull. Compton (1999) beskriver dette som at smertene er sterkere enn den normalt ville vært. Ved bruk av opioider i mer enn fire uker hemmes utskillelsen av endorfiner i hjernen. Dermed vil brukerens smerteterskel kunne senkes og opplevelsen av smerte øke (Christiansen, 2012). Opiatmisbrukere vil dermed være utsatt for å utvikle det som kalles opiatindusert hyperalgesi og som DuPen et al. (2007) stadfester, således kreve mer smertelindring for å oppnå en terapeutisk effekt.

#### **4.2 Kartlegging av smerter, bruk av rusmidler og observasjoner av smerte**

Som kliniker, samarbeidspartner, fagutvikler og leder, har vi sykepleiere et stort ansvar ovenfor våre pasienter. Det er vår oppgave å sørge for at pasientens grunnleggende behov er dekket og at de mottar den helsehjelpen de er trenger for at smertene deres skal lindres. Det er derfor nødvendig med tilstrekkelig kompetanse innen feltet. Siden opplevelsen av smerte er så individuell er det viktig å lytte til og samarbeide med pasienten for å kunne tilby individualisert helsehjelp. Sykepleieren er den kliniker som arbeider tettest med pasienten, og således har en funksjon som pasientens talsperson i et tverrfaglig miljø med god mulighet til å medvirke for tilrettelegging og utførelsen av hans behandling.

De rus- og abstinenssymptomer pasienten presenterer kan skjule sykdom, og deres tilstand kan dermed være vanskelig å utrede (Skoglund & Biong, 2012). I likhet med andre pasienter, har rusmisbrukeren et behov for å føle at deres opplevelse av smerter tas alvorlig, og at de får den behandlingen de er i behov av. Som sykepleier er det vårt ansvar å påse at dette skjer. Å sikre at smertene lindres omfatter ikke kun smertelindring i seg selv, men også datasamling, observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerter samt administrering av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak. Med utgangspunkt i funn

herfra vil det også være vår oppgave å vurdere tiltakenes effekt og rapportere effekt av behandlingen og eventuelle endringer i pasientens tilstand. Alt dette skal skje i et tverrfaglig samarbeid som også inkluderer pasienten i en sentral rolle (Berntzen et al., 2013).

For å kunne yte god helsehjelp og gi god behandling er det nødvendig å foreta kartlegging av pasientens smerter, i tillegg til inntak av rusmidler inntatt i tiden før innleggelse. Dette er for å sikre at pasienten får tilstrekkelig smertelindring, og at man benytter seg av riktig form for behandling med bakgrunn i de stoffer som er inntatt i forkant. Denne kartleggingen fører ytterligere til at man kan være observante ovenfor eventuelle abstinenssymptomer.

#### **4.2.1 Kartlegge bruk av rusmidler**

For å kunne gi en adekvat behandling av smertene, vil det være nødvendig å kartlegge pasientens legemiddelavhengighet. En slik kartlegging vil innebære hva som brukes, hvor hyppig stoffet inntas, når siste dose ble tatt og om det er snakk om et blandingsmisbruk; bruk av flere rusmidler om hverandre eller samtidig. Informasjonen som samles inn, gjør det lettere å tilpasse pasientens behandling (Berntzen et al., 2013). Til dette kan diverse kartleggingsskjema benyttes, blant annet har Berman, Bergmann, Palmstjerna & Schlyter (2002a; 2002b) utarbeidet skjemaene drug use disorders identification test (DUDIT) (vedlegg 1) og drug use disorders identification test – extended version (DUDIT-E) (vedlegg 2). Det er også utarbeidet egne skjemaer, for å kartlegge graden av abstinenser under innleggelse, slik at en får mulighet til å være i forkant med abstinenslindring, og dermed lette samarbeidet (Skoglund & Biong, 2012). Eksempel på et slik skjema er Clinical opiate withdrawal scale (COWS) (vedlegg 3) utarbeidet av Wesson & Ling (2003).

#### **4.2.2 Kartlegge smerte**

Kartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieroppgave og avgjørende for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring. Ved kartlegging av smerte vil det være gunstig å la pasienten beskrive disse selv for å få et mer fullstendig bilde av smerteopplevelsen. Pasienten får anledningen til å sette ord på følelsene når det kommer til intensitet, kvalitet og lokalisasjon på smertene og om de varierer i hvile og aktivitet. Er smertene konstante, vil det være lurt å fordele behandlingen jevnt utover dagen, mens ved anfallsvisse smerter, kan det

være nødvendig å kartlegge hvilke situasjoner som utløser smertene og deretter gi smertelindring i forkant av disse situasjonene. De ulike artene av smerte vil kunne reagere forskjellig på ulike legemidler eller kreve forskjellig dosering. Ved å kartlegge pasientens smerter grundig, vil man danne et godt grunnlag for å planlegge og starte behandlingen. Kartleggingen vil også ligge til grunn for videre evaluering av effekt og være med på å individualisere behandlingen (Berntzen et al., 2013).

For å kartlegge smerten kan man benytte seg av endimensjonale skalaer, spørreskjema eller flerdimensjonale skalaer. Disse kan med fordel kombineres for å gi et mer eksakt bilde av pasientens smerter. Ved å benytte en flerdimensjonal skala, vil man kunne måle smertens intensitet, samt hvordan smertene påvirker pasienten, i motsetning til endimensjonale som kun måler smertenes intensitet. Endimensjonale smerteskalaer som visuell analog skala (VAS), numeric rating scale (NRS) og facial rating scale (FRS) (Burn Management Guidelines, 2012) (vedlegg 4) er alle bygget opp slik at pasienten graderer smertene fra helt smertefri til verst tenkelige smerte. Et godt anvendt flerdimensjonalt kartleggingskjema er McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Melzack, 2005) (vedlegg 5), men egner seg dog best til kartlegging av smerter som har vart over en lengre periode, og vil dermed ikke være like aktuelt for pasientgrupper med akutte smerter (Berntzen et al., 2013).

Siden opplevelsen av smerter er individuell, vil den være lite tilgjengelig for kontroll. Det er kun den som opplever smertene som vet hvordan den føles; dens intensitet og varighet. Som menneske er det lettere å forstå opplevelsen av smerte når man kan observere årsaken, noe som kan være svært frustrerende for den som opplever smertene. Kartlegging av smerter vil være en av få metoder som vil gjøre smertene målbare og dermed sammenlignbare fra måling til måling og slik gjøre det lettere å måle smertelindringens effekt. Å danne en god relasjon med pasienten vil være viktig for å oppnå tillit og godt samarbeid (Berntzen et al., 2013).

#### **4.2.3 Observasjon av smerte og behandlingens effekt**

I samhandling med pasienten, er det viktig å foreta direkte og indirekte observasjon av tegn på fysiologisk smerte. Akutte fysiologiske smertereaksjoner vil kunne ses som hypertensjon, høy puls, hyppig respirasjon, utvidete pupiller og ved at pasienten svetter. Ved smerter vil pasienten også kunne vise klare adferdsmessige, verbale og nonverbale tegn ved å ha et økt



fokus på og snakke mye om smertene. Pasienten kan ta seg til stedet som er smertefullt, ha økt muskeltonus i kroppen, rynke pannen og lage grimaser (Berntzen et al., 2013).

Om de doser med opioider pasienten er vant til blir seponert for brått eller han mottar for små doser, vil pasienten kunne oppleve abstinenssymptomer. En eventuell nedtrapping må derfor skje gradvis (Berntzen et al., 2013). Tegn på opioidabstinens er rennende øyne og nese, gjesping, utvidete pupiller, gåsehud, tremor, søvnforstyrrelser, diaré, oppkast, uro og irritabilitet, hypertensjon, muskelkramper, varme og kuldetokter, svette og hodepine (Compton, 1999). Disse symptomene er svært like som de for smerter, og kan dermed være vanskelig å skille fra hverandre. Her kan rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy komme til god nytte.

Ut fra de observasjoner sykepleieren gjør, skal pasientens situasjon vurderes og tiltak for smertelindring settes i gang. Dette gjøres ut fra de data som er samlet og i dialog med lege for å sikre at behandlingen blir individualisert.

### **4.3 Smertelindring**

For å sikre at pasienten mottar adekvat smertelindrende behandling har World Health Organization (WHO) utarbeidet noen generelle prinsipper for å sikre at pasienter med et rusmisbruk tilbys en god behandling. Disse tar for seg en tverrfaglig tilnærming med retningslinjer for vurdering, behandlingsplan, lytting, akseptering av pasientens opplevelse av smertene, bruk av ikke-opioid og ikke-medisinsk tilnærming uten at det går på bekostning av korrekt smertebehandling, vurdering av legemiddeltoleranse, administrasjonsmåte og halveringstid ved bruk av foreskrevne analgetika (Berntzen et al., 2013).

#### **4.3.1 Medikamentell smertelindring**

I behandling av smerter hos rusmisbrukere, og pasienter generelt, er det viktig å individualisere behandlingen. En kan for eksempel benytte seg av multimodal smertelindring hvor man angriper smertene fra flere hold og bruker forskjellige legemidler og teknikker med forskjellig virkningsmekanismer. Smertetrappen er et redskap for medikamentell

smertelindring utarbeidet av WHO og er ment som en veiledning i valg av framgangsmåte for behandling av svake til sterke smerter. Den tar for seg en multimodal smertelindring basert på smertens intensitet. Selv om guiden er generell, inneholder den legemiddelanbefalinger etter hvilken type smerte pasienten opplever. Lette til moderate smerter anbefales en behandling med ikke-opioide analgetika, mens opioider benyttes ved sterke smerter. Da gjerne i kombinasjon med ikke-opioide analgetika, ettersom de kan potensere opioidene og dermed føre til lavere opioiddosering (Berntzen et al., 2013).

Den individuelle responsen på opioider man observerer hos pasienter kan forklares med varierende tid på metabolisering av virkestoffet. Økt metabolisering ses hos opioidmisbrukere og er en av faktorene som gir større risiko for utilstrekkelig lindring av smerter (Compton, 1999). De vil også ha utviklet en økt toleranse for opioider som en følge av deres bruk over lengre tid (Den Norske Legeforening, 2009). De som misbruker opioider har med andre ord et behov for betydelig høyere doser med opioider enn man normalt ville administrert til ikke-misbrukere.

Hos opioidmisbrukere som behandles for smerter er det viktig å sørge for at deres basale behovet for opioidet dekkes før det akutte tilleggsbehovet kan dekkes. Denne basaldosen vil kunne bidra til å hindre utviklingen av abstinenser (Berntzen et al., 2013).

#### **4.3.2 Ikke-medikamentell smertelindring**

I mange tilfeller kan smerter lindres helt eller delvis uten bruk av legemidler, men ved hjelp av diverse ikke-medikamentelle teknikker. Ved hjelp av avslapnings- og stimulerende teknikker, kan en redusere bruken av medikamenter i en viss grad. Teknikker som har vist god effekt er massasje, fysioterapi og akupunktur som gjennom stimulering av perifere sensoriske nerver hemmer passasjen av smerteimpulser (Berntzen et al., 2013).

Å ha god kompetanse innen smerte, smertelindring, rusmisbruk, samt bruk av kartleggingsverktøy er av stor betydning for å kunne tilby en tilfredsstillende behandling til denne pasientgruppen. Denne kompetansen består av en kombinasjon av sykepleierens erfaringer, kunnskap og egeninteresse innen feltet.

## **5. Hvordan kan sykepleieres kompetanse bidra til adekvat analgesi hos opioidmisbrukeren med akutte smerter i sykehus?**

Her vil jeg diskutere viktige funn fra tidligere presentert litteratur samt lovverk, etiske retningslinjer, egne erfaringer fra arbeid og praksis og Joyce Travelbee's sykepleierteori for å svare på problemstillingen; *Hvordan kan sykepleierens kompetanse bidra til adekvat analgesi hos den opioidavhengige rusmisbrukeren med akutte smerter i sykehus?* For å belyse ulike aspekter av problemstillingen føres drøftingen gjennom fire avsnitt; *"Sykepleierens kunnskap er en viktig ressurs"*, *"Våre holdninger har betydning"*, *"Sykehusets rammefaktorer vil påvirke sykepleierens arbeid"* og *"La oss ikke glemme etikken"*.

For å belyse disse avsnittene, ønsker jeg å ta utgangspunkt i en historie en medelev delte etter en opplevelse ved ortopedisk avdeling i medisinsk praksis. På avdelingen legges det inn en pasient med abscess høyre lyske. Pasienten er tydelig smertepåvirket og har problemer med å stå og gå på grunn av smertene og abscessens plassering. På avdelingen spør pasienten etter mer smertestillende med bakgrunn i at han ikke føler seg tilstrekkelig smertelindret. Sykepleierstudenten som tar han i mot er svært usikker på hvorvidt smertene er reelle eller om han rett og slett er russøkende. I samtale med sin veileder får hun følgende beskjed: "Nei, han har fått det han trenger. Han er kun ute etter ekstra rus." Når hun og veileder så går tilbake for å overbringe den negative beskjeden om ytterligere medikamentell smertelindring, blir pasienten sint og beskylder personalet for å være stigmatiserende og at de ikke tror på han. Han roer seg dog etter at personalet avtaler å ta opp med legen om han kan få mer smertelindring. Studenten merker seg at sykepleier dog virker noe forutinntatt når det kommer til pasientens ønsker, og merker også at dette er mye av holdningen til resten av personalet på avdelingen. Det ble heller ikke benyttet noen kartleggingsverktøy for å kartlegge smerter eller rusmisbruk. Personalet mente det ikke var nødvendig å kartlegge smertene da personalet gikk under inntrykket av at han kom til å score høyt uansett. Etter noen få dager velger pasienten å skrive seg ut på eget ansvar da han "uansett ikke får noe behandling her". Det hele ender med at han er tilbake noen dager senere, hvor han så har vært og ruset seg, og abscessen er blitt betraktelig større og med sepsis.

## 5.1 Sykepleierens kunnskap er en viktig ressurs

I første kapittel i de yrkesetiske retningslinjer trekkes det fram at sykepleie skal bygges på kompetanse hentet fra forskning, erfaring og brukerkunnskap, samt at man som sykepleier skal holde seg faglig oppdatert. Dette vil bidra til å sikre at all sykepleie er forsvarlig. Videre heter det også at man skal kjenne sine begrensninger og søke veiledning når sin egen kompetanse ikke strekker til (Norsk Sykepleierforbundet, 2011). Helsepersonellovens kapittel 2, §4, første og andre ledd presiserer i likhet at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet og at hjelp skal søkes, eller pasient henvises videre dersom egen kompetanse ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999). Det er dermed stadfestet at man som sykepleier må kjenne sine begrensninger og søke hjelp når vår kunnskap ikke strekker til.

Både Neville & Roan (2014) og Li et al. (2012) har i sin forskning avdekket en manglende kunnskap hos sykepleiere når det gjelder behandling av rusmisbrukere. Li et al. (2012) har i sitt studie observert at et flertall av sykepleierne mangler kunnskap om hvordan opioidmisbruk kan påvirke smertebehandlingen, og ser dermed ikke viktigheten av å kartlegge smerter og rusbruk. Videre i studiet viste det seg at så mange som 52% ikke benyttet seg av kartleggingsverktøy for å kartlegge smerter og kun 38% oppga at de kartla pasientens rusbruk. Opplevelsen av smerter er som nevnt subjektiv, og bruk av kartlegging er eneste måten å måle den på for å sikre en individuell behandling. I tillegg vil rusmisbrukere ha en generelt sterkere opplevelse av smerte enn ikke-brukere (Neighbor et al., 2011). Det er viktig at sykepleieren har en oversikt over kartleggingsmetodene for å kunne sikre en god behandling. Manglende kunnskap og ufullstendig kartlegging av pasienten vil over tid bidra til underbehandling (Li et al., 2012).

Å kjenne til pasientens rushistorie er avgjørende for å vite hvilke medikamenter en kan benytte seg av, samt at de gir en indikasjon på hvilke doseringer som kan administreres. Nøyaktig kartlegging vil bidra til å forebygge utvikling av abstinenser og gi adekvat smertelindring. På lik linje med økt kunnskap, vil en nøyaktig kartlegging redusere muligheten for at sykepleier føler seg manipulert av pasienten (Li et al., 2012).

Ved lengre tids bruk av opioider, vil pasienten ha utviklet en økt toleranse for stoffet, og dermed trenge høyere doser før ønsket effekt oppnås. Blay et al. (2012) viser i sin artikkel til at opioidmisbrukere kan ha et behov for opioide smertestillende som er tre ganger så stort

som en ikke-misbruker. Dette viser hvor viktig det er å ha kjennskap til pasientens rusmisbruk, og videre ta stilling til dette når pasienten skal medisineres. Etter lang tids bruk av opioider vil opioidmisbrukerne være utsatt for å utvikle hyperalgesi. Ved denne tilstanden vil ikke selv økte doser med opioider kunne lindre smerter (Pasero & McCaffery, 2012). Ubehandlete abstinenser vil kunne forsterke denne tilstanden, og medføre at pasienten selvmedisinerer for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Li et al., 2012).

Enkelte pasienter vil også kunne vise det som betegnes russøkende adferd som tegn på dårlig smertelindring. For klinikerer kan denne adferden lett mistolkes som nettopp russøkende adferd, og pasienten ender med å oppleve en utilstrekkelig smertelindring. Framfor å si at pasienten er russøkende, er det viktig å ta med i betraktning at de kan ha utviklet pseudo- eller terapeutisk avhengighet som følge av bruk av medikamenter. Pseudoavhengighet vil være en tilstand hvor pasienten forsøker å søke smertelindring fra andre kilder eller etterspør økt dosering, mens terapeutisk avhengighet vises som russøkende adferd som følge av redsel for selve smerten eller abstinenser som vil kunne oppstå når effekten av medikamentene avtar (Compton, 1999, s. 435).

En årsak til at opioidmisbrukeren kan oppleve dårlig smertelindring kan være sykepleierens manglende kunnskap og erfaring med denne pasientgruppen, samt en redsel for de uheldige bivirkningene som høye doser med opioider kan framvise. Respirasjonsdepresjon er den mest alvorlige bivirkningen (Li et al., 2012). Selv om mange frykter å benytte seg av opioider i smertelindringen av denne pasientgruppen, viser Blay et al. (2012) til at opioider bør være førstevalg ved valg av medikamenter. Det vil også skape mer tillit hos pasienten, da det oftest vil svare til deres ønsker og det medikamentet de har størst tiltro til. Den Norske Legeforening (2009) på sin side, viser til at NSAIDs (Non Stereoid Anti Inflammatory Drugs) vil ha god effekt i seg selv eller i kombinasjon med opioider om det ikke er kontraindikasjon for bruk av disse.

Mange av de rusmisbrukerne som man møter i somatisk sykehus vil kunne stå under substitusjonsbehandling i form av metadon eller subutex. I disse tilfellene vil det være viktig at man har kunnskap om hvordan dette kan påvirke behandlingen, hvordan man medisinerer og doserer i forhold til dette, samt viktigheten i at pasienten får fortsette med denne behandlingen. Blay et al. (2012) poengterer i sin artikkel at en vanlig misforståelse blant klinikere er at metadon er i seg selv er en tilfredsstillende analgesi ved akutte smerter hos de

som er på substitusjonsbehandling med dette. Fra egen erfaring innen behandling av opioidmisbrukere som mottar substitusjonsbehandling, det vil si behandling hvor man tilfører kroppen stoffer den mangler eller er i behov av (Nylenna, 2009, s. 455), har jeg derimot sett god effekt ved bruk av metadon som smertelindring. Her har dosen blitt delt opp i 2-4 doseringer om dagen. Om ikke dette har vært tilfredsstillende, har dosen blitt økt noe. Dette er også anbefalingene i Veiledning for behandling av opioidavhengige i somatisk sykehusavdeling (Soma-gruppen, 2006). Ut fra retningslinjene for smertelindring utgitt av Den Norske Legeforeningen (2009), kan man også lese at det er anbefalt at den basale dosen metadon økes med opp til 10-20 mg i døgnet for å behandle den akutte smerten.

Jeg vil nå vente tilbake til historien i begynnelsen av kapittelet om pasienten på ortopedisk avdeling. Kan måten han møtes på av sykepleier begrunnes i usikkerhet grunnet manglende erfaring og kunnskap om denne pasientgruppen? Når vi ser til forskningen ses det enighet i at mye av problematikken rundt utilstrekkelig smertelindring av rusmisbrukere som gruppe, ligger i manglende kunnskap hos sykepleierne. Et godt tiltak kan være opplæring og kursing av personalet om denne pasientgruppen. I tillegg kan at deler av personelt danne fokusgrupper innen denne tematikken. De kan videre holde internundervisning og være ansvarlig for kampanjer på avdelingene og dermed bidra til å løfte kunnskapsnivået blant personalet på en generell basis. Man kan spørre seg om det er forsvarlig å begrunne hans opplevelse med manglende kunnskap hos de ansatte. Allerede under sykepleierutdanningen lærer vi viktigheten av en grundig kartlegging av pasientens tilstand og helsehistorie for å fremme en god kvalitetsbevist og faglig forsvarlig behandling. I historien fra ortopedisk ble ingen av delene gjort. Å begrunne manglende smertekartlegging med at pasienten vil gi falske svar for å skåre høyt med vilje, og dermed få tildelt ytterlige smertelindrende medikamenter, vil være feil. Bruk av kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens grad av smerte vil være avgjørende for videre behandling, da det er en enkel og effektiv metode for å måle smerter, i tillegg til resultater og eventuell bedring som følge av behandlingen. Samtidig kartlegging av pasientens rusmisbruk vil kunne avsløre hvilke stoffer han har inntatt samt gi en viss antydning til hvor høy toleranse han vil kunne ha for de enkelte stoffene. Sammen med kartlegging av smerte vil legen kunne få et bilde av hvilken behandling som vil være mest hensiktsmessig for denne pasienten. Er man i tvil om pasienten overdriver for å få økte doseringer er det her man skal benytte seg av sitt kliniske blikk. Som nevnt i teorien er det flere verbale og nonverbale tegn et menneske med smerter vil utvise. Kombinasjonen av dette og kartleggingsverktøy vil kunne danne et godt grunnlag for vurdering.

Denne muligheten fikk aldri vår pasient, da sykepleier mente at han var tilstrekkelig smertelindret og dermed kun ønsket den rusende effekten. Det er mulig at han ikke ble riktig behandlet i forhold til sitt vanlige inntak av rusmidler og dermed utviklet abstinenser. Disse vil kunne utspeile seg som aggressiv og hissig adferd, og vil kunne forsterke mistanken om russøkende adferd. Her ser vi også viktigheten av å kartlegge rusbruk, slik at man kan få dekket pasientens basale behov for opioider. Uten at dette dekkes, vil ikke medikamentene ha noen smertelindrende effekt. Her er det også viktig å ha fått informasjon om pasienten står på substitusjonsbehandling, da det vil ha stor innvirkning på hvordan man behandler smertene medikamentelt.

Det er tydelig at behandlingen denne pasienten mottok ikke svarer opp mot de yrkesetiske retningslinjene eller helsepersonelloven når det gjelder faglig forsvarlighet. Uansett om det er mangel på kunnskap eller egne holdninger til denne pasientgruppen, så skal man fremdeles yte faglig god og forsvarlig helsehjelp. Kan man ikke gjøre dette selv, må man se sine egne begrensninger og hente inn assistanse eller henvise pasienten til en annen med den kunnskap og erfaring som er nødvendig.

Ser vi til Travelbee (1999) og hennes sykepleierteori sier hun at smerter er ikke en sykdom, men et symptom på en sykdom. Å kun behandle smerten som et isolert symptom vil ha dårlig utslag om ikke utløsende årsak utredes og behandles. Dette være seg psykisk eller fysisk sykdom eller skade. Man må ha i mente hvordan deres komplekse livssituasjon kan ha innvirkning på deres opplevelse av smerte. Dette vil være viktig for å kunne optimalisere behandlingen (Neighbor et al., 2011).

Videre sier Travelbee (1999) at opplevelsen av smerte er svært individuell og pasientens historie vil ha betydning for hvordan de opplever den. Både fysiske og psykiske faktorer spiller inn og at redselen for smertene i seg selv kan utløse angst og bidrar til at pasienten etterspør smertelindring hyppigere enn den kartlagte smerten vil kunne tilsi. Denne adferden kan lett feiltolkes som russøkende adferd fra opioidmisbrukere.

Om det så vil være tilstrekkelig å sende personalet på kurs for å utbedre deres kompetanse eller om det vil være et behov for holdningsendrende tiltak på avdelingen i tillegg er et spørsmål man kan stille seg.

## 5.2 Våre holdninger har betydning

Forskning utført av Neighbor et al. (2011), Morgan (2006) og Blay et al. (2012) viser at rusmisbrukere stadig opplever at de som pasient ikke får den behandlingen de er i behov av. Det oppgis at flertallet møtes med dårlige holdninger blant personalet og at de føler seg stigmatisert. Det kan tenkes at personalets dårlige holdninger mot denne pasientgruppen vil ha en indirekte negativ effekt på deres behandling og den helsehjelp de mottar i sykehus. Blay et al. (2012) viser til at den russøkende adferden en opioidmisbruker kan utvise, kan være et resultat av utilstrekkelig smertelindring. Ved å anvende de forskjellige metodene for kartlegging som ble nevnt i teorien samt benytte et objektivt klinisk blikk, vil sykepleier kunne vurdere om pasienten har et reelt behov for ytterligere smertelindring eller ikke. Manglende rutiner for bruk av slike kartleggingsverktøy kan knyttes opp til stigma og moraliserende og negative holdninger mot opioidmisbrukere blant sykepleiere (Li et al., 2012). Egen interesse og kompetanse går hånd i hånd. Liten interesse for pasientgruppen gjør at man av eget initiativ ikke nødvendigvis søker ytterligere kunnskap. Dårlig kunnskap bidrar til dårlig forståelse og vil videre kunne føre til dårlige holdninger. Denne negative holdningen mot rusmisbrukere tatt i betraktning, gjør det ikke overraskende at det er dokumentert underbehandling av deres smerter (Neighbor et al., 2011).

Rusmisbrukernes tidligere negative opplevelser i møte med helsevesenet gjenspeiler seg ofte i deres adferd. I undersøkelsen til Morgan (2006) referer alle deltagerne til at tidligere negative opplevelser nå hadde negativ innvirkning på opplevelsen av deres smertebehandling og interaksjon med de ansatte. De la raskt merke til hvem som behandlet dem med respekt og dannet seg strategier ut fra dette for å sikre seg god smertelindring. Opplevelsen av å bli respektert førte til en bedre samarbeidsevne og det å få ta del i sin egen behandling hjalp i seg selv mot smertene. Dette var i motsetning til de tilfellene hvor ansatte ikke hørte på pasientens erfaringer og ønsker som resulterte i frustrasjon. Denne frustrasjonen kunne føre til utagerende adferd i form av høyt stemmeleie, krangling, truende adferd, selvmedisinering og tidlig utskrivelse mot legens råd. Adferd som dette er nok mye av det som er med på å danne eller forsterke sykepleierens negative syn mot rusmisbrukere som en pasientgruppe. Den negative holdningen blant sykepleiere henger trolig sammen med at mange føler seg manipulert eller har en mistro til pasientene som følge av aggressiv og truende adferd fra rusmisbrukere som gjør at de ikke føler seg trygg (Neville & Roan, 2014). Li et al. (2012) viser til at det også i Norge er de samme holdningene mellom sykepleier og pasient som dominerer. I motsetning til disse forskningsresultatene kan Blay et al. (2012) vise til at flere



av pasientene var takknemlige ovenfor sykepleiers forsøk på å få kontroll over deres smerter og var fornøyde med den hjelpen de fikk til tross for tidligere negative opplevelser. I studiet til Morgen (2006) vises det til at inkludering av pasienten i behandlingen har positiv effekt og bidrar til å bygge tillit mellom pasient og sykepleier. Det at pasienten opplever at deres smerter tas alvorlig og behandles deretter øker deres tiltro til lege og sykepleier, senker noe av det psykiske stresset de opplever og vil til dels hjelpe mot smertene.

Li et al. (2012) referer til studier som viser at helsepersonell er lite villig til å bruke tid på pasientgrupper som er selvforskyldt i sine lidelser, noe som bidrar i å påvirke behandlingen de mottar. Disse holdningene gjaldt også blant sykepleiere ved norske sykehus. Barn som har hatt en utfordrende oppvekst med mye usikkerhet og psykiske lidelser, er mer sårbare for å utvikle ruslidelser om de eksponeres for rus i ung alder enn de som har normale oppvekstvilkår (Lossius, 2010). I møte med helsevesenet opplever rusmisbrukere likevel en manglende respekt og forståelse for deres situasjon (Morgan, 2006). Her er det behov for en holdningsendring for kunne snu om denne dårlige trenden (Li et al., 2012).

Når Rusreformen ble innført i 2004, ble det lovfestet at rusmisbrukere har de samme pasientrettigheter og at de dermed skal likestilles med andre pasientgrupper (Christiansen, 2012). Likevel viser forskning at det er behov for holdningsendrende tiltak ved norske sykehus (Li et al, 2012). Noe av bakgrunnen til dette kan ligge i Legemiddelovens (1992) kap 8, § 22, andre ledd stadfestes det at salg, besittelse og bruk av narkotiske stoffer er ulovlig. Hva som regnes som narkotiske stoffer er listet opp av Narkotikaforeskriften (2013). At pasienten, i lovens øyne, driver med kriminelle handlinger vil kunne ha negativ innvirkning på personalets holdninger og dermed føre til dårlig oppfølging og behandling.

Artikkelen til Neighbor et al. (2011) viser til at liten tiltro til pasienten vil kunne resultere i at han avventer med å søke hjelp, ytterligere medisiner eller ikke følger opp behandlingen etter utskrivelse. Sykepleieres holdninger om at opioidmisbrukere er manipulative og ønsker mer opioider enn nødvendig er med på å skape et mistillitsforhold. Men også opioidmisbrukerens negative innstilling til sykepleier vil bidra til et negativt forhold. Det å skape et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier er sentralt ved smertelindring. Så mange som om lag halvparten av sykepleiere mener at de blir manipulert av pasienten i et forsøk på å få utlevert mer opioider enn det som er administrert. Det er vist at tiltro fra sykepleier vedrørende deres rapportering av smerter minsker risikoen for skjult

selvmedisinering (Li et al., 2012). Hadde pasienten i min første pasienthistorie ikke følt på sin mistillit til helsevesenet innen smertebehandling, hadde han kunne unnsloppet med mye unødig lidelse og tatt i mot nødvendig behandling øyeblikkelig etter ulykken. I stedet følte han det var et behov for å selv sørge for tilstrekkelig med smertelindring. Denne selvmedisinerings vil kunne føre til økt risiko for overmedisinering og dermed alvorlige bivirkninger som respirasjonsdepresjon og respirasjonsstans.

Etter Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) §3-1 første ledd har alle pasienter rett til å ta del i, samt velge mellom de undersøkelses- og behandlingsmetoder som er tilgjengelig. I §3-2 i samme lov står det også skrevet at pasienten har rett til nødvendig informasjon for å forstå den helsehjelpen han mottar. Denne informasjonen skal gis på en måte som er forståelig for pasienten. God kommunikasjon og et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier vil kunne bidra til at det misforholdet som kan oppstå mellom sykepleiers faglige vurdering, legens forordninger og pasientens krav og ønsker unngås (Neville & Roan, 2014).

Som et svar til spørsmålet om det er tilstrekkelig å sende personalet på kurs for å øke kompetansen om det ikke gjøres tiltak fra avdelingen for å skape holdningsendringer, viser Neville & Roan (2014) til at det ikke er tilstrekkelig med kun utdanning for at sykepleiers holdninger mot den opioidmisbrukende pasienter skal endres. I følge Ford et al. (gjengitt i Neville & Roan, 2014) styrkes denne påstanden. Her poengteres det at utdanning alene ikke er tilstrekkelig for å endre sykepleiers holdninger mot pasienter med rusavhengighet. Det vil være essensielt at de får støtte fra andre, i tillegg til samarbeid for å øke deres erfaring i praksis.

I historien om rusmisbrukeren som ble innlagt på ortopedisk avdeling ser vi tydelig hvordan personalets negative holdninger påvirker den hjelpen han mottar. Deres forutinntatte inntrykk av at han var russøkende hindrer dem i å se hans virkelige behov, samt foreta en objektiv kartlegging av situasjonen han var i. Det er meget mulig at han ønsket en ekstra rus, og i sannheten var tilstrekkelig smertelindret, men uten å ha foretatt en smertekartlegging vil de ikke kunne vurdere dette med sikkerhet. Den manglende tillitten han møter fra sykepleieren er ikke med på å trygge hans opplevelse og resulterer her i en ubehagelig utagerende verbal adferd mot personalet. Denne adferden fører riktig nok til at han får en ny vurdering av legen, men vil samtidig kunne forsterke de ansattes negative innstilling til han og vil kunne videreføre dette til andre rusmisbrukere de møter som pasient. Alle pasienter er unike, enten

de er rusmisbrukere eller ikke, og skal ikke forhåndsdommes. Men gjentatte negative opplevelser i møte med denne pasientgruppen vil være med på å danne en negativ assosiasjon som lett kan vise seg i måten man møter disse på. Pasienten på sin side er vant til å møte negative holdninger og stigmatisering flere steder i samfunnet. Hans høylytte og noe utagerende adferd er kanskje et resultat av dette og vil trolig være den form for kommunikasjon han opplever å bli sett og hørt på.

Midt i alt dette er det viktig å ikke glemme at dårlig humør og høyt psykisk stress som mistillit og abstinens er med på å gi en sterkere opplevelse av smerte (Neighbor et al., 2011). At pasienten skriver seg ut kort tid etter innleggelse kan være et resultat av dårlig oppfølging av hans rapportering av smerter og dermed for dårlig smertelindring. Det er kjent at dårlig smertelindring er en hyppig årsak til at opioidmisbrukere skriver seg ut mot legens anbefalinger eller ikke følger opp behandlingen etter utskrivelse (Neighbor et al., 2011), men trolig vil også dårlig tiltro og utilstrekkelig oppfølging fra sykepleier være medvirkende til dette.

I møte med pasienter er det essensielt at man legger sine egne tanker og meninger om enkelte grupper i samfunnet og sine egne politiske syn til side. Alle skal behandles med lik respekt og har rett til lik helsehjelp. Pasienter skal møtes med et åpent sinn som byr på gjensidig respekt. Dette er noe sykepleieren i historien i innledningen av kapittelet ikke klarte med full suksess. Hennes adferd var ikke i tråd med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer kapittel 2 hvor det klart står at pasientens verdighet og integritet skal ivaretas.

For Joyce Travelbee var god kontakt med pasienten en forutsetning for at sykepleieren skulle kunne møte pasientens behov. Kvaliteten på den sykepleien pasienten mottar avhenger av sykepleierens kontakt med pasienten. Dette er bakgrunnen for hennes teori som er bygd opp på et gjensidig menneske-til-menneske forhold hvor hun setter pasient og sykepleier som likeverdige. For henne er det viktigere at sykepleieren kjenner til pasientens opplevelse av situasjonen og dermed se hans mening i den, framfor å forholde seg til noen diagnose (Travelbee, 1999).

For å kunne danne en god relasjon med pasienten er det viktig at sykepleieren viser empati og sympati for han og hans situasjon. Etter Travelbee's teori bygger empati på likheter i pasientens og sykepleierens erfaringsgrunnlag og dermed en viss forståelse for den andres

situasjon. For å kunne ha empati og forståelse for den annens situasjon, er det nødvendig med en noe lik erfaringsbakgrunn, samt et ønske om å forstå den andres opplevelse (Travelbee, 1999). Med historien om vår pasient på ortopedisk avdeling friskt i minne, kan vi her se at det ikke ble vist noen forståelse for hans situasjon eller empati. Sykepleiers erfaringsgrunnlag virker til å være er svært negativt farget eller mangelfullt, noe som fører til at hun ikke klarer å forstå pasientens situasjon.

Sympati vil videre være et resultat av empati hvor man så ønsker å hjelpe pasienten. Gjennom sympati kan man formidle til pasienten at man forstår hans fortvilelse og ønsker å hjelpe. Ved å vise empati og sympati vil en hjelpe pasienten til å lettere mestre sin situasjon (Travelbee, 1999). Det er her viktig å skille mellom sine egne og pasientens behov for å kunne bruke seg selv terapeutisk. Ved å bruke seg selv terapeutisk vil en bruke den kunnskapen man har fått gjennom utdanning og erfaring for å styrke pasienten og hjelpe han i å lindre sin smerte. Selv om sykepleieren ikke har opparbeidet seg et godt erfaringsgrunnlag, vil det uansett være viktig å huske at alle mennesker er unike og deres opplevelse av lidelse er høyst personlig og dermed svært forskjellig. Behandlingen de får må derfor tilpasses hvert enkelt individ. En god faglig innsikt vil være sentral for å utføre god sykepleie, selv om kanskje erfaringen er manglende (Travelbee, 1999).

Sykepleieren i historien om den opioidmisbrukende pasienten på ortopedisk avdeling mangler trolig en del erfaring med denne pasientgruppen, noe som kan vise seg i hennes måte å takle situasjonen på. Det er likevel sentralt at hun bruker den kunnskapen hun har. Hun må også huske de yrkesetiske retningslinjene hvor det står at man skal jobbe faglig forsvarlig og dermed søke assistanse fra annet mer kompetent personale, framfor å risikere å bidra til at pasienten ikke får den behandlingen han har krav på.

### **5.3 Sykehusets rammefaktorer vil påvirke sykepleierens arbeid**

Rammefaktorer er ytre forhold som på ulikt vis begrenser eller gir ressurser (Fjørtoft, 2012). Tid, økonomi, kompetanse og holdninger er viktige rammefaktorer som jeg ønsker å vise til i relasjon med min problemstilling. Kompetanse og holdninger er allerede drøftet, og jeg vil derfor ikke gå noe videre inn på disse rammefaktorene i dette drøftningskapittelet.

### 5.3.1 Tid

I Helsepersonelloven (1999) kapittel 2, §6 står det at den helsehjelp man gir skal ikke medføre noen unødig tidstap for pasient eller helseinstitusjon. Den tiden man har til disposisjon vil være en viktig faktor i henhold til faglig forsvarlig helsehjelp. Et kjent utsagn blant sykepleiere er at de føler de jobber om kapp med klokken. Et utsagn som grunner i følelsen av at tiden ikke strekker til i forhold til de oppgaver som skal utføres og de pasienter man har ansvar for. For å få tidskabelen til å gå opp, må pasienter og tiltak prioriteres, noe som, i form av en uheldig konsekvens, løpende vil kunne gå ut over den behandlingen pasientene blir tilbudt. Det er nok heller ikke ukjent at all prioritering om mulig ikke alltid skjer etter de faglige vurderinger man tar, men at man ubevist nedprioriterer vanskelige eller kravstore pasienter.

Trolig kan dette tidspresset ha vært noe av årsaken til at vår pasient ble møtt av sykepleier på den måten han ble. Mange pasienter fordelt mellom sykepleiere kan medvirke til at man ikke tar seg tid eller rett og slett glemmer å utføre nødvendige undersøkelser for kartlegging av smerter og rusbruk. Erfaringer fra tidligere hos denne sykepleieren kan muligens vise til tilfeller hvor hun har tatt seg tid til kartlegging, men likevel har blitt manipulert av en opioidmisbruker. Slike erfaringer vil bidra til at man danner seg mistillit til pasientgruppen. Tid kan også være en av årsakene til at man ikke tør gi høye doser med opioider. Selv om man har kunnskapen om at opioidmisbrukere har en tilstrekkelig høyere toleranse enn ikke-misbrukere. Dette kan ha seg i at tidspress bidrar til at sykepleier ikke får fulgt pasienten opp godt nok, og redselen for respirasjonsstans dermed fører til at pasienten da ikke får den dosen som er nødvendig for å oppnå effekt.

Joyce Travelbee har i sin teori, i relasjon til nåtiden, et kanskje noe romantisert forhold til tid hos pasienten. De tiltak hun setter opp som grunnlag for å blant annet bygge en god relasjon mellom pasient og sykepleier for å skape et godt menneske-til-menneske forhold er tidskrevende. I dagens helsevesen har man ikke nødvendigvis tid til denne relasjonsbyggingen, men baserer seg nok mer på erfaringsbasert kunnskap. Hun hevder også at man som sykepleier utvikler en mental målestokk for måling av smerter. Ut fra denne målestokken skaper man et utgangspunkt for hvor sterke smerter man antar pasienten har, og dermed hvor mye smertelindrig de er i behov av (Travelbee, 1999).

Når vi med viten om at det er hektiske dager ved flertallet av avdelingene i sykehus, er det da vel noe urealistisk at det kan settes av tid for å ha intern-undervisning eller fokusgrupper. Men tid er også hvordan man velger å bruke den, og med denne innstillingen kan kunne få mye ut av korte møter.

### **5.3.2 Økonomi**

Helsepersonelloven (1999) kapittel 2, §6 sier også at helsepersonell skal sørge for at det ikke løper noen unødige utgifter for pasient eller helseinstitusjon som følge av helsehjelpen som blir gitt.

Økonomien på sykehuset vil ha mye å si for hvordan avdelingene legges opp. Antall pasienter per rom og antall sykepleiere per vakt og dermed pasienter per sykepleier lar seg styre mye av dette. Men det er da heller ikke rett at det skal gå ut over pasientene at økonomiske styringer resulterer i for liten bemanning per vakt. Hvis sykepleier i utgangspunktet har negative holdninger til rusmisbrukere er det nok lett å ha den tankegangen at det er feil at helse-Norge skal betale for disse. Med tanke på alle de pasientene som ønsker hjelp og har sykdommer som krever kostbar medisinsk hjelp, men som ikke får innvilget behandlingen på grunn av økonomiske restriksjoner. Mange spør seg nok om det er riktig at mennesker som gjentatte ganger, med full viten, påfører seg selv og sin kropp skader som krever medisinsk behandling, ikke skal stå økonomisk ansvarlig for det selv.

Med tanke på utbedring av avdelingens kompetanse ved å sende ansatte på kurs, er også dette noe som avgjøres av økonomiske faktorer. Kurs fører til økte utgifter, og utbytte må da kunne samsvare med dette. Som Neville & Roan (2014) viser i sitt studie, så er det ikke tilstrekkelig å kun sende ansatte på kurs, da ikke økt kunnskap alene vil være tilstrekkelig for å endre holdninger. Det kreves også en viss egeninteresse for å få et utbytte av kurs, samt at det vil være fordelsaktig om det settes av tid på avdelingen for internundervisning. Dette vil kreve både tid og utgifter. For å medvirke til holdningsendringer, er det som nevnt vist at å danne team som kan samarbeide og utveksle erfaringer fører til gode resultater, men også dette tar tid og går ut over økonomien til avdelingen. En avgjørende faktor for avdelingen vil nok derfor være at det lønner seg i forhold til trivsel både hos pasienter og ansatte. På avdelingen

fra historien over, vil nok dette være gode og nødvendige tiltak. Det er tydelig at det er behov for en holdningsendring, men om den dårlige holdningen blant personalet stammer fra manglende kunnskap eller egeninteresse er usikkert. Fokuspåter hvor dette kartlegges og utbedres vil være gode tiltak slik at historien over ikke gjentar seg senere.

#### **5.4 La oss ikke glemme etikken**

I følge The International Council of Nurses, som de norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er bygget opp etter, har sykepleieren en etisk plikt til å behandle smerter (gjengitt i Faria da Cunha, 2015).

For å svare på de etiske aspekter tilknyttet problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i de fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, som jeg ser som svært sentrale i samhandling med denne pasientgruppen. Autonomi omhandler retten til å ta egne beslutninger, velgjørenhet gjelder plikten til å gjøre godt mot pasienten, ikke skade er plikten til å ikke gjøre skade og rettferdighetsprinsippet omhandler vår plikt til å behandle alle like tilfeller likt (Brinchmann, 2013).

For å respektere pasientens autonomi er det vår plikt å inkludere pasienten i beslutninger som skal tas vedrørende hans behandling. Dette inkluderer retten til å få kjennskap til de behandlingsmetoder og medikamenter som er tilgjengelig, samt de virkninger og bivirkninger de kan medbringe. De har en rett til å delta i beslutningen om hvordan deres smerter skal lindres. Ved å ta disse beslutningene uten at pasientens deltagelse, vil bety å bryte med deres autonomi. Det samme gjelder om man ikke behandler smertene tilstrekkelig (Faria da Cunha, 2015).

God smertelindring vil være en sentral del i velgjørenhetsprinsippet. Når smertelindring ikke er en prioritet, pasienten ikke er tilstrekkelig smertelindret eller sykepleier ikke fungerer som pasientens talsperson ovenfor lege, brytes dette prinsippet (Faria da Cunha, 2015). Et annet eksempel kan være at sykepleier tenker at de skal hjelpe den avhengige med å avrusning, og dermed er tilbakeholden på medisineren. Men for en avhengig, vil dette være helt feil tidspunkt å starte med denne prosessen mens smertene ikke er under kontroll.

Ved å umenneskeliggjøre pasienten med å diskriminere og betrakte han som en stereotype og stigmatisere bryter sykepleieren ikke skade prinsippet. Når pasienten stigmatiseres kan man hindre at han får tilfredsstillende behandling og dermed også bryte velgjørenhets prinsippet (Faria da Cunha, 2015).

Rettferdighetsprinsippet fremmer pasienters rett til å bli behandlet likt som andre med samme lidelse. En opioidmisbruker med smerte skal med andre ord behandles på samme måte som en ikke-misbruker (Faria da Cunha, 2015). Dette gjelder også med tanke på respekt og hvordan man møter dem som menneske. Man har nok lavere forventninger til deres oppførsel, og aksepterer dermed en adferd som preges lite av respekt. Ved å derimot sette noen krav til pasienten med tanke på adferd og kontakt med personalet, vil en på denne måten kunne bidra til å danne et tillitsforhold seg i mellom som er basert på gjensidig respekt.

Det er ut fra de fire prinsippers etikk klart at sykepleieren i historien bryter sine etiske plikter i samhandling med pasienten. Ved å stigmatisere, ikke foreta en fullstendig kartlegging og å være tilbakeholden på smertelindrende medikamenter behandles pasienten uetisk og står i høyere risiko for å falle i skade. Pasienten hadde rett på lik behandling som andre pasienter med smerter. Det er da ikke riktig at han ikke møtes med samme behandlingsalternativer som andre pasienter, på grunn av sykepleierens forutinntatte holdninger til han som pasient.



## 6. Avslutning

I utforming av denne oppgaven ønsket jeg å sette fokus på hvor viktig det er med kunnskap om lindring av akutte smerter hos rusmisbrukere, samt hva man som sykepleier må ta hensyn til i møte med opioidmisbrukere med denne problematikken. Grunnleggende kunnskaper innen kartlegging og observasjoner samt behandling av smerter hos denne pasientgruppen, vil være avgjørende for å kunne sørge for tilstrekkelig og adekvat analgesi og for å kunne utføre god sykepleie. Oppgaven kan langt fra ses på som noen fasit, da alle opplever smerter forskjellig, i tillegg til at mer forskning er nødvendig på dette området. Ut fra den litteraturen jeg har kommet over i arbeidsprosessen har det vært en unison enighet om at kompetansenivået innen denne problematikken er for lav hos sykepleiere. Dette er også et inntrykk jeg selv hadde før jeg startet oppgaven. Det er imidlertid positivt at dette er noe som stadig får mer fokus i forskningen og det ses en økt bevisstgjøring av sykepleiere og leger. Denne endringen er også med på å endre den stigmatiserende holdningen mange har til pasientgruppen, og på denne måten motivere til å stadig øke egen kompetanse innen feltet. Det er også tydelig at kompetansen ikke bygges opp av kunnskap alene, men at erfaring er av stor betydning.

Den siste tiden har rusmisbrukere som gruppe fått mer fokus, også i media. Ved hjelp av tv-programmer som Petter Uteligger har rusmisbrukerne fått et ansikt og en stemme. Innslag som dette, er nok med på å bryte ned de stereotypene samfunnet har bygget opp rundt rusmisbrukere.

## Referanseliste

- Berman, A. H., Bergmann, H., Palmstjerna, T. & Schlyter, F. (2002a). *DUDIT*. Hentet fra <http://snakkomrus.no/utskrifter/DUDIT-Blank.pdf>
- Berman, A. H., Bergmann, H., Palmstjerna, T. & Schlyter, F. (2002b). *DUDIT-E*. Hentet fra <http://snakkomrus.no/utskrifter/DUDIT-E-Blank.pdf>
- 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.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-29). Oslo: Akribe.
- 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 289p. doi: 10.5172/conu.2012.42.2.289
- Brinchmann, B. S. (2013). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burn Management Guidelines. (2012). *Numerical Rating Scale, Visual Analog Scale & Facial Rating Scale*. Hentet 13.04 2016, fra <http://www.vicburns.org.au/management-of-a-patient-with-a-minor-burn-injury/pain-management/pain-assessment.html>
- Christiansen, Å. (2012). Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 165-185). Oslo: Akribe.
- Compton, P. (1999). Substance abuse. I M. McCaffery, & C. Pasero, *Pain - Clinical Manual*

(2. utg., s. 428-466). St. Louis: Mosby Inc.

Den Norske Legeforeningen. (2009). Smerte hos rusmiddelmissbrukere. I *Retningslinjer smertebehandling* (s. 33). Oslo: Den Norske Legeforeningen. Hentet fra:  
<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Definisjoner. (s. a. ). *Kompetanse*. Hentet 13.04 2016, fra <http://definisjoner.no/kompetanse>

DuPen, A., Shen, D. & Ersek, M. (2007). Mechanisms of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *Pain Management Nursing*, 8(3), 113-121. doi:  
10.1016/j.pmn.2007.02.004

Faria da Cunha, B. (2015). Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse. *Med-Surg Matters*, 24(1), 4-16 13p. Hentet fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1d497ecb-c58a-4bf8-9d5b-9e37c78626d7%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4212>

Fjørtoft, A.-K. (2012). Hjemmesykepleiens rammer. I A.-K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg., s. 159-184). Bergen: Fagbokforlaget.

Helse Stavanger. (2013). *Rusmiddelbruk i Norge, BrukerPlan – Statistikk 2013*. Hentet fra <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Brukerplan/2014/BrukerPlan-statistikk2013.pdf>

Helsedirektoratet. (2010). *Fakta om narkotiske stoffer* (4. utg., s. 22-25). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/460/Fakta-om-narkotiske-stoffer-IS-1042.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* . Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra [http://www.ldh.no/forside/\\_attachment/691?\\_ts=13a0d254448](http://www.ldh.no/forside/_attachment/691?_ts=13a0d254448)
- Legemiddeloven. (1992). *Lov om legemidler m.v.* . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132?q=legemiddeloven>
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *7*(3), 252-260 259p. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Lossius, K. (2010). Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn* (1. utg., s. 433-445). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Melzack, R. (2005). The McGill Pain Questionnaire From Description to Measurement. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *103*(1), 199-202. Hentet fra: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942256>
- 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
- Narkotikaforeskriften. (2013). *Foreskrift om narkotika*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-14-199>
- Neighbor, M. L., Dance, T. R., Hawk, M. & Kohn, M. A. (2011). Heightened pain perception in illicit substance-using patients in the ED: implications for management. *American Journal of Emergency Medicine*, *29*(1), 50-56 57p. doi: 10.1016/j.ajem.2009.07.018
- Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *Journal of Nursing Administration*, *44*(6), 339-346 338p. doi: 10.1097/NNA.0000000000000079
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Nylenna, M. (2009). *Medisinsk ordbok* (7. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.

Pasero, C. & McCaffery, M. (2012). Opioid-induced hyperalgesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(1), 46-50. doi: 10.1016/j.jopan.2011.11.002

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

Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-201). Oslo: Akribe.

Soma-Gruppen. (2006). *Veileder. Behandling av opioidavhengige i somatisk sykehusavdeling*. Hentet fra [http://api.ning.com/files/FNfQIaskygt\\*ZtxDrOHbT4S736oFrz62ymV85FyPwQpzGzq3i\\*9Dp9oJp1w1OoJh-deSYOIYQNT2N02V9CIpESfbOE0J-TN4/Veilederforbehandlingavopioidavhengigeisomatisksykehus.pdf](http://api.ning.com/files/FNfQIaskygt*ZtxDrOHbT4S736oFrz62ymV85FyPwQpzGzq3i*9Dp9oJp1w1OoJh-deSYOIYQNT2N02V9CIpESfbOE0J-TN4/Veilederforbehandlingavopioidavhengigeisomatisksykehus.pdf)

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

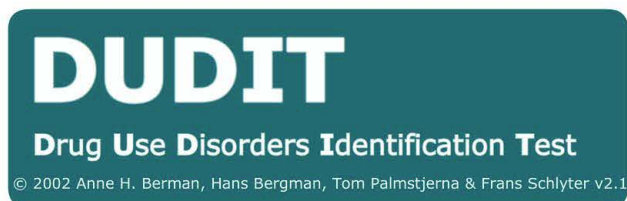
Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wesson, D. R. & Ling, W. (2003). *Clinical Opiate Withdrawal Scale - COWS*. Hentet fra <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/ClinicalOpiateWithdrawalScale.pdf>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske%20koder%20og%20kodeverk/ICD-10/Komplettt-Blå-bok\\_230905.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske%20koder%20og%20kodeverk/ICD-10/Komplettt-Blå-bok_230905.pdf)

# Vedlegg 1; DUDIT

(Berman, Bergmann, Palmstjerna & Schlyter, 2002, A).




## Her er noen spørsmål om narkotiske stoffer og legemidler (rusmidler).

Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

Kjønn: <input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Kvinne	Alder: <input type="text"/>	Hovedrusmiddel: <input type="text"/>	Dato: <input type="text"/>		
<b>1</b> Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? <a href="#">Se liste over narkotiske stoffer og legemidler.</a>	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
<b>2</b> Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	Aldri	1 gang i måneden eller sjeldnere	2-4 ganger i måneden	2-3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
<b>3</b> Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?	0	1-2	3-4	5-6	7 eller flere
<b>4</b> Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>5</b> Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>6</b> Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>7</b> 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	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>8</b> 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	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>9</b> Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<b>10</b> Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?	Nei		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året
<b>11</b> 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		Ja, men ikke i løpet av det siste året		Ja, i løpet av det siste året

## Vedlegg 2; DUDIT-E

(Berman, Bergmann, Palmstjerna & Schlyter, 2002, B).




Kjønn:  Mann  Kvinne      Alder:       Hovedrusmiddel:       Dato:

Så ofte bruker jeg følgende rusmidler: <a href="#">Se liste over narkotiske stoffer og legemidler.</a>	Aldri	Har prøvd noen gang	1 gang pr måned eller sjeldnere	2-4 ganger pr måned	2-3 ganger pr uke	4 ganger pr uke eller mer	Sett et X også her hvis du mener ved tilbakefall eller enkelt episoder <sup>i</sup>
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amfetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opiater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hallusinogener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Løsemidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GHB og øvrige rusmidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tabletter (søvn/beroligende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tabletter (smertestillende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Tobakk (sigaretter, sigarer, pipetobakk, snus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Hva er positivt for deg ved å bruke rusmidler?	Slett ikke	Litt	Noe	Mye	Svært mye
1 Sover bedre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Blir avspent og avslappet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Blir glad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Blir sterk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Kjenner meg "normal"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Blir kreativ (får mange idéer, gjør kunstneriske ting)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Blir aktiv (rydder, vasker opp, vasker bilen, snekrer ol.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Elsker alle og hele verden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Får økt selvtillit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Får mindre vondt i ryggen, nakken, hodet osv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Får en følelse av at alt ordner seg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Livet uten rusmidler er kjedelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Jeg kan styre følelser som angst, sinne og depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Med rusmidler kan jeg fungere sosialt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Med rusmidler føler jeg at jeg er med i gruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Jeg får bedre kontakt med andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Jeg får mer ut av mitt liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# DUDIT-E

## Drug Use Disorders Identification Test

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman,  
Tom Palmstjerna & Frans Schlyter v2.1

Extended version

Hva er negativt for deg ved å bruke rusmidler?	Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
1 Jeg har i løpet av de siste året hatt problemer på jobb, på skolen eller hjemme på grunn av rusmidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Jeg har i løpet av det siste året søkt lege- eller sykehusbehandling eller hatt medisinske problem (for eks. hukommelsestap eller hepatitt) på grunn av rusmidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Jeg har i løpet av det siste året havnet i bråk eller brukt vold når jeg har vært påvirket av rusmidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Jeg har i løpet av det siste året hatt problem med politiet på grunn av rusmidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hva er negativt for deg ved å bruke rusmidler?	Slett ikke	Litt	Noe	Mye	Svært mye
5 Får angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Får selvmordstanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Trekker meg unna andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Får hodepine eller føler meg dårlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Får dårligere kontakt med venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Får vanskeligheter med å konsentrere meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Lysten på sex blir redusert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Forstyrrer økonomien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Blir passiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Får dårligere helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Blir hensynsløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Forstyrrer familielivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Ser alt som et stort kaos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# DUDIT-E

## Drug Use Disorders Identification Test

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman,  
Tom Palmstjerna & Frans Schlyter v2.1

Extended version

Hva tenker du om rusmidler?	Slett ikke	Delvis	Svært mye
1 Trives du med å ta rusmidler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Blir du lei av å bruke rusmidler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Har du i løpet av det siste året uroet deg for ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Er du klar for å jobbe med å endre ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Synes du at du trenger profesjonell hjelp for å forandre ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Tror du at du kan få tak i riktig type profesjonell hjelp?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Tror du at du kan bli hjulpet ved profesjonell behandling for ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Synes du at det er viktig å forandre ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Tror du det blir vanskelig å forandre ditt rusmiddelbruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Har du allerede forandret ditt rusmiddelbruk og søker etter metoder som hjelper deg å unngå tilbakefall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Vedlegg 3; COWS

(Wesson & Ling, 2003).

## APPENDIX 1 Clinical Opiate Withdrawal Scale

For each item, circle the number that best describes the patient's signs or symptom. Rate on just the apparent relationship to opiate withdrawal. For example, if heart rate is increased because the patient was jogging just prior to assessment, the increase pulse rate would not add to the score.

Patient's Name: _____		Date and Time ____/____/____:_____	
Reason for this assessment: _____			
<b>Resting Pulse Rate:</b> _____beats/minute <i>Measured after patient is sitting or lying for one minute</i> 0 pulse rate 80 or below 1 pulse rate 81-100 2 pulse rate 101-120 4 pulse rate greater than 120		<b>GI Upset: over last 1/2 hour</b> 0 no GI symptoms 1 stomach cramps 2 nausea or loose stool 3 vomiting or diarrhea 5 <u>multiple episodes of diarrhea or vomiting</u>	
<b>Sweating: over past 1/2 hour not accounted for by room temperature or patient activity.</b> 0 no report of chills or flushing 1 subjective report of chills or flushing 2 flushed or observable moistness on face 3 beads of sweat on brow or face 4 sweat streaming off face		<b>Tremor observation of outstretched hands</b> 0 no tremor 1 tremor can be felt, but not observed 2 slight tremor observable 4 gross tremor or muscle twitching	
<b>Restlessness Observation during assessment</b> 0 able to sit still 1 reports difficulty sitting still, but is able to do so 3 frequent shifting or extraneous movements of legs/arms 5 unable to sit still for more than a few seconds		<b>Yawning Observation during assessment</b> 0 no yawning 1 yawning once or twice during assessment 2 yawning three or more times during assessment 4 yawning several times/minute	
<b>Pupil size</b> 0 pupils pinned or normal size for room light 1 pupils possibly larger than normal for room light 2 pupils moderately dilated 5 pupils so dilated that only the rim of the iris is visible		<b>Anxiety or Irritability</b> 0 none 1 patient reports increasing irritability or anxiousness 2 patient obviously irritable or anxious 4 patient so irritable or anxious that participation in the assessment is difficult	
<b>Bone or Joint aches If patient was having pain previously, only the additional component attributed to opiates withdrawal is scored</b> 0 not present 1 mild diffuse discomfort 2 patient reports severe diffuse aching of joints/muscles 4 patient is rubbing joints or muscles and is unable to sit still because of discomfort		<b>Gooseflesh skin</b> 0 skin is smooth 3 piloerection of skin can be felt or hairs standing up on arms 5 prominent piloerection	
<b>Runny nose or tearing Not accounted for by cold symptoms or allergies</b> 0 not present 1 nasal stuffiness or unusually moist eyes 2 nose running or tearing 4 nose constantly running or tears streaming down cheeks		Total Score _____ The total score is the sum of all 11 items Initials of person completing assessment: _____	

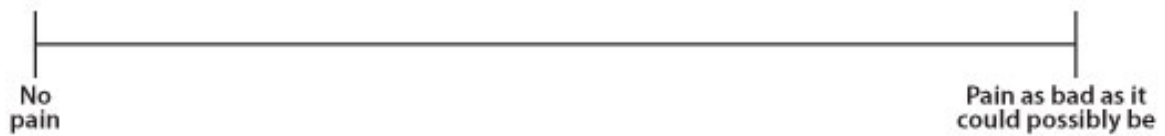
Score: 5-12 = mild; 13-24 = moderate; 25-36 = moderately severe; more than 36 = severe withdrawal

This version may be copied and used clinically.

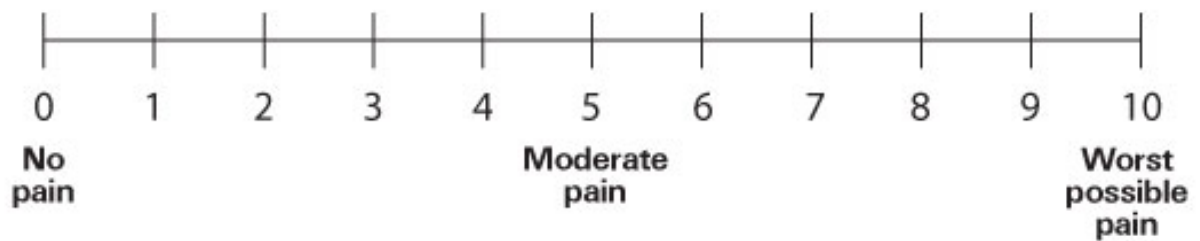
## Vedlegg 4; VAS, NRS & FRS

(Burn Management Guidelines, 2012).

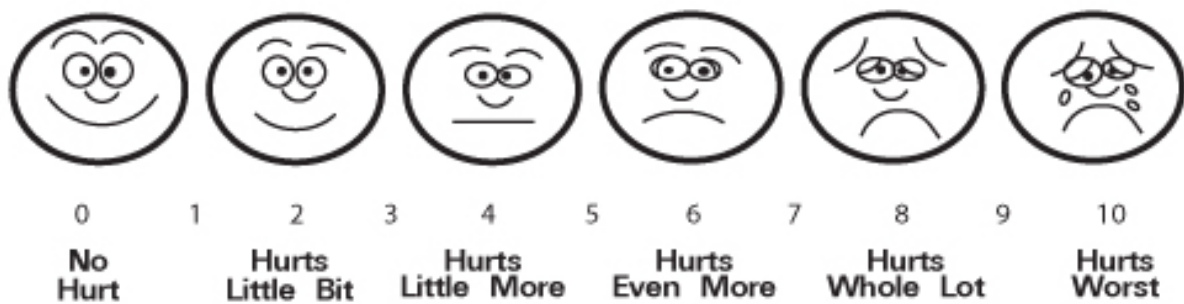
VAS; Visuell analog scale:



NRS; Numeric rating scale:



FRS; Facial rating scale:



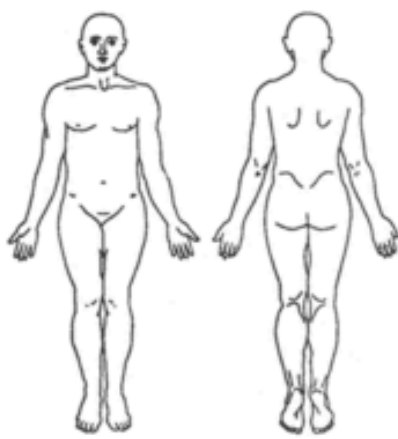
# Vedlegg 5; MPQ

(Melzack, 2005).

**RONALD MELZACK**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<p><b>1</b> FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING</p> <p><b>2</b> JUMPING FLASHING SHOOTING</p> <p><b>3</b> PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p> <p><b>4</b> SHARP CUTTING LACERATING</p> <p><b>5</b> PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p> <p><b>6</b> TUGGING PULLING WRENCHING</p> <p><b>7</b> HOT BURNING SCALDING SEARING</p> <p><b>8</b> TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p> <p><b>9</b> DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p> <p><b>10</b> TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p><b>11</b> TIRING EXHAUSTING</p> <p><b>12</b> SICKENING SUFFOCATING</p> <p><b>13</b> FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p> <p><b>14</b> PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</p> <p><b>15</b> WRETCHED BLINDING</p> <p><b>16</b> ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p> <p><b>17</b> SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p> <p><b>18</b> TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p> <p><b>19</b> COOL COLD FREEZING</p> <p><b>20</b> NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p> <p style="text-align: center;">PPI</p> <p><b>0</b> NO PAIN <b>1</b> MILD <b>2</b> DISCOMFORTING <b>3</b> DISTRESSING <b>4</b> HORRIBLE <b>5</b> EXCRUCIATING</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>E = EXTERNAL I = INTERNAL</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p><b>COMMENTS:</b></p>      </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">© R. MELZACK, 1975</p>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS									
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY									
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT									