



Smertelindring hos pasienter med rusmiddelavhengighet på sykehus

”Hvordan kan sykepleier bidra til adekvat smertelindring hos rusmiddelavhengige med akutte smerter innlagt på sykehus?”

Kandidatnummer: 847
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i BIS-EMNE 14B

Antall ord: 8963
Dato: 16. april 2018

1



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
Tittel: Smertelindring hos pasienter med rusmiddelavhengighet på sykehus	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til adekvat smertelindring hos rusmiddelavhengige med akutte smerter innlagt på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgaven er Kari Martinsens omsorgsteori med fokus på omsorgens tre aspekter: det relasjonelle, det praktiske og det moralske blitt benyttet. Av teoretisk kunnskap anvendes teori om rusmiddelavhengighet, smerter og smertefysiologi. Jus og yrkesetisk rammeverk blir også presentert.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær studie som baserer seg på relevant fag- og forskningslitteratur. Databasene Cinahl, SveMed+ og søkemotoren PubMed er anvendt i søken av forskning. Relevant faglitteratur er hentet fra Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) sitt bibliotek og deres pensumliste. Lovverk er innhentet fra databasen Lovdata, og yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleierforbund sine sider.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingskapittelet blir relevant fag- og forskningslitteratur drøftet ved hjelp av Martinsens tre aspekter innen omsorg. Kapitlet er delt inn etter det relasjonelle-, det praktiske- og det moralske aspektet. Underkapitler er innen tillit, kartlegging, konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, kunnskaper, administrering av opioider, tverrfaglig samarbeid, kunnskapsbasert praksis, helhetlig perspektiv, og holdninger.</p> <p><u>Konklusjon:</u> En relasjon mellom sykepleier og pasient bygget på gjensidig tillit, vil fremme adekvat smertelindring. Smertebehandling hos rusmiddelavhengige er komplekst, og det krever at sykepleier har tilstrekkelig kunnskaper innen smertefysiologi og mekanismer ved rusmiddelavhengighet. En helhetlig tilnærming til pasienten vil være viktig, og flere synspunkter fra ett tverrfaglig team. Holdninger hos sykepleiere har stor betydning i smertelindringen, og på dette feltet kreves det en endring.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	2
1.4	Begrepsavklaring	3
1.4.1	Adekvat smertelindring	3
1.4.2	Rusmiddelavhengighet	3
1.4.3	Opioid-naiv	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Pasienten med rusmiddelavhengighet.....	4
2.2	Opioider	4
2.3	Smertefenomenet	5
2.3.1	Smertefysiologi ved akutte smerter	5
2.3.2	Smertebehandling ved akutte smerter	5
2.4	Martinsens omsorgsteori.....	6
2.4.1	Det relasjonelle aspektet.....	6
2.4.2	Det praktiske aspektet	6
2.4.3	Det moralske aspektet	7
2.5	Jus.....	7
2.6	Etikk.....	8
3	Metode for oppgaven.....	9
3.1	Tabell 1 – oversikt over søkene i elektroniske databaser.....	9
3.2	Kildekritikk	11
4	Presentasjon av forskningsresultater	11
5	Hvordan kan sykepleier bidra til adekvat smertelindring hos den rusmiddelavhengige pasienten med akutte smerter innlagt på sykehus?	14
5.1	Det relasjonelle aspektet.....	14
5.1.1	Tillit	15
5.2	Det praktiske aspektet.....	16
5.2.1	Kartlegging	17
5.2.2	Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov	19
5.2.3	Kunnskaper	21
5.2.4	Administrering av opioider	21
5.2.5	Tverrfaglig samarbeid	23
5.2.6	Kunnskapsbasert praksis	24
5.2.7	Helhetlig perspektiv	25
5.3	Det moralske aspektet	26
5.3.1	Holdninger	27
6	Oppsummering	30
	Referanseliste	31

1 Innledning

Den 13. Desember 2017 var det flertall på Stortinget for ny rusreform som sier at det ansvaret samfunnet har for oppfølging når det gjelder bruk og besittelse av illegale rusmidler, skal overføres fra justisdepartementet til helse- og omsorgsdepartementet (Norsk Riks Kringkasting (NRK), 2017). Dette tyder på en endring i samfunnets syn på rusmiddelavhengighet som problem. Rusmiddelavhengighet er også et globalt helseproblem, med et estimert antall på 15-21 millioner opioidavhengige i verden (Li, Undall, Andenæs, & Nåden, 2012 ; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Traumer som ofte forekommer hos rusmiddelavhengige kan forårsake akutt eller kronisk smerte (Legeforeningen, 2009), og i følge internasjonale studier resulterer rusmiddelrelaterte sykdommer og skader i hyppige sykehusinnleggelse (Li et al., 2012; Håkonsen, 2014). Forskning viser videre at pasienter med rusmiddelavhengighet ikke får adekvat smertelindring når de er innlagt på sykehus for sine akutte smerter (Li et al., 2012; Legeforeningen, 2009). Smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet er komplekst grunnet psykologiske, atferdsmessige og sosiale aspekter, som gir en forsterket smerteopplevelse. Etter ett års avhengighet utvikler den rusmiddelavhengige økt toleranse og abstinenssymptomer (Slørdal, 2013).

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at sykepleier skal ha kunnskap om helse- og sosialproblemer, velferdsstaten og dens profesjoner (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleier har en viktig og sentral rolle i smertebehandlingen til den rusmiddelavhengige pasienten og ansvaret sykepleier har i smertebehandlingen omfatter aspekter på det relasjonelle, det praktiske og moralske plan (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016; Martinsen, 2003). Likevel viser forskning at sykepleier i smertebehandlingen hos rusmiddelavhengige møter utfordringer når det gjelder tillitsrelasjon, kunnskaper og holdninger (Li et al., 2012, Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2014).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kartlegging og lindring av smerter er svært relevant for senere klinisk praksis med tanke på at smerter er et fenomen som forekommer hos alle pasientgrupper sykepleieren møter. Smerter er også den vanligste årsaken til at pasienter tar kontakt med helsevesenet (Danielsen et al.,

2016). Sykepleiers behandlende- og lindrende funksjoner er svært relevante, (Danielsen et al., 2016; Norsk sykepleierforbund, 2016), og med tanke på at det er mange mennesker som har store rusproblemer, vil det være viktig for sykepleieren å ha kunnskaper om denne målgruppen (Håkonsen, 2014). Etter engasjement innen rus og psykisk helse i kommunehelsetjenesten vokste interessen min for fagfeltet og denne brukergruppen. Temaet smertelindring til rusmiddelavhengige er en viktig og kompleks problemstilling som jeg ønsker å fordype meg i, slik at jeg kan stille mer rustet i møte med denne pasientgruppen på sykehus.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra valg av tema har jeg formulert følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier bidra til adekvat smertelindring hos rusmiddelavhengige med akutte smerter innlagt på sykehus?”.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Grunnet oppgavens omfang har jeg satt noen begrensninger i tråd med problemstillingen. Oppgaven tar utgangspunkt i pasienten med avhengighet av preparatet/rusmidlet opioider. Sykepleier møter den rusmiddelavhengige pasienten på medisinsk avdeling med akutte smerter med smerteintensitet; moderate til sterke. Pasienten er innlagt grunnet akutt skade eller sykdom. Rusmiddelmisbruket er kjent for sykepleier, og pasienten er i aktiv rus når sykepleier møter vedkommende. Avgrenser alder på den rusmiddelavhengige til over 18 år, da det stemmer overens med forskningsartiklene som anvendes i oppgaven.

I fag- og forskningslitteratur som anvendes, brukes flere ulike begreper/termer for å beskrive personen som har et avhengighetsproblem med rus. I denne oppgaven anvendes først og fremst termen rusmiddelavhengig, men termer som opioidavhengig og rusmiddelmisbruk vil forekomme da fag- og forskningslitteratur jeg har med anvender disse begrepene. For enkelhetens skyld, refereres pasient til hankjønn og sykepleier til hunkjønn. Jeg erkjenner

likevel at rollene med han-/hunkjønn på pasient og sykepleier i praksis like gjerne kan være omvendt.

1.4 Begrepsavklaring

Begreper som anvendes i oppgaven blir herunder presentert.

1.4.1 Adekvat smertelindring

Ordet adekvat stammer fra det latinske ”adaequo” som betyr ”å gjøre lik til det samme nivå” (Shorrock & Butterfield, 2007). I denne sammenheng betyr det at pasienten skal smertelindres til et nivå som er tilstrekkelig for å dekke vedkommende sitt behov for velvære.

1.4.2 Rusmiddelavhengighet

Ifølge den medisinske internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 er avhengighet ”et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 436-437). Når begrepet rusmiddelavhengighet anvendes i oppgaven forholder jeg meg til denne definisjonen, da det er ICD-10 det norske helsevesenet benytter som sykdomsklassifikasjon innen diagnostisering av rusproblematikk (Skårderud et al., 2010).

1.4.3 Opioid-naiv

Når termen opioid-naiv brukes, refereres det til personer som er følsom overfor opioider. Her menes det personer som ikke har et rusmiddelavhengighetsproblem (Legeforeningen, 2009).

1.5 Oppgavens disposisjon

I oppgaven vil først det teoretiske kunnskapsgrunnlaget bli presentert, deretter vil metode og presentasjon av forskningslitteratur bli lagt frem. Så vil teoretisk perspektiv- og kunnskapsgrunnlag og forskningslitteratur danne grunnlaget for drøftingskapittelet. Tilslutt gjør jeg en oppsummering i oppgavens siste kapittel.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet belyses det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i tråd med problemstillingen.

2.1 Pasienten med rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengige er personer fra alle samfunnets lag. Det som skiller et alminnelig rusmiddelbruk fra å bli et rusproblem, er når det går ut over de oppgaver og funksjoner som personen har i familien, arbeidet og samfunnet. Et rusmiddelproblem påvirker ikke bare personen som står i det selv, men også de mellommenneskelige relasjonene personen er knyttet til, blir belastet (Håkonsen, 2014). Ifølge ICD-10 kjennetegnes rusmiddelavhengighet ved at man i løpet av en ettårs periode har tre eller flere av følgende kriterier til stedet; et sterkt ønske eller trang til å innta stoffet, problemer med å kontrollere bruk, mengde og tidspunkt, abstinensproblemer, utviklet toleranse for rusmiddelet, økende likegyldighet overfor gleder og interesser, opprettholder den økende bruken på tross av tegn på negative konsekvenser og atferden opprettholdes tross erfaring og kunnskap om eventuelle skadevirkninger. Av disse kriteriene regnes toleranse og abstinens for å være de mest sentrale i rusmiddelavhengigheten. Disse to begrepene inneholder også to faktorer som bidrar til å vedlikeholde et rusmiddelproblem: et behov for å oppnå ruseffekt og et behov for å unngå ubehagelige tilstander som oppstår etter at ruseffekten er borte (Slørdal & Rygnestad, 2013). Toleranse er en fysiologisk forventet respons, som fører til at en over tid må øke dosen rusmidler for å oppnå samme ruseffekt. Personen med rusavhengighet kan derfor ha problemer med å kontrollere inntaket, og det å kunne stoppe inntaket før en mister kontrollen. Dersom rusinntaket avsluttes, er det ikke uvanlig å utvikle kraftige fysiske og i enkelte tilfeller medisinsk farlige symptomer på abstinens. Mange personer med rusmiddelavhengighet har økt smertesensitivitet, noe som fører til at smerteterskelen er lavere og pasienten vil ha behov for høyere dose smertestillende enn opioid-naive (Legeforeningen, 2009; da Cunha, 2015).

2.2 Opioider

Opioider stammer fra opiumsvalmuen, hvor virkestoffene morfin og kodein er vanligst. Ved bruk av opioider er sterke smerter ved akutt og kronisk sykdom den viktigste indikasjonen (Slørdal & Rygnestad, 2013).

2.3 Smertefenomenet

Smertesom fenomen er en sammensatt og høyst subjektiv opplevelse. International Association for Study of Pain (IASP) definerer smerte som "en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse" (Danielsen et al., 2016, s. 383). Faktorer som kan være med på å påvirke smerteopplevelsen er individuelle og situasjonsbetingede momenter, som spiller inn på smerteintensitet, og hvor lenge smerten varer. Smerteopplevelsen er personlig og rommer mer enn hva en kan beskrive med ord, og man er i egentlig forstand alene med opplevelsen (Danielsen et al., 2016).

2.3.1 Smertefysiologi ved akutte smerter

Akutte smerter oppstår ved akutt vevsskade og kjennetegnes ved at de avtar når årsaken behandles og har varighet på mindre enn tre måneder. Smerteintensiteten kan variere i grad, og kan komme langsomt eller umiddelbart. Ved akutte smerter med smerteintensitet moderate-sterke, ser en symptomer som rask puls, blekhet og svette. Stimulering av smertereseptorer kan være mekanisk som ved direkte traume mot huden, eller kjemisk grunnet ved at kjemiske substanser i vevet stimuleres (Danielsen et al., 2016).

2.3.2 Smertebehandling ved akutte smerter

I behandling av akutte smerter må den enkeltes smerter vurderes, registreres og behandles nøye. En individtilpasset smertebehandling vektlegges derfor i stor grad. Akutte smerter som er moderate-sterke i intensitet behandles med opioide analgetika, i form av morfin eller morfin- liknende stoffer. Opioider er et sentralt virkende analgetika som virker ved å binde seg til og stimulere opioidreseptorer. Den opplevde smertelindringen forårsakes av direkte hemming av oppadstigende nociseptive stimuli i ryggmargen og aktivering av nedadgående hemmende smertebaner i hjernen. Ved akutte smerter med smerteintensitet moderate-sterke administreres paracetamol eller Non-Steroidale Anti-Inflammatoriske Legemidler (NSAIDs) i kombinasjon med et sterkt opioid for adekvat smertelindring. Effektiv behandling av pasientens smerter er viktig for å forebygge ytterligere vevsskade på de ulike organsystemer og lindre unødig lidelse (Danielsen et al., 2016).

Ved sykepleie til pasienter med akutte smerter er systematisk vurdering og registrering av smertene sentralt. Kartlegging og vurdering av smertenens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og

utløsende eller lindrende faktorer er viktig. Det er vanligst å administrere opioider per os, intravenøs eller intramuskulær injeksjon. (Danielsen et al., 2016, s. 399). Pasienter med opioidavhengighet har som kjent toleranse og abstinenssymptomer, og prinsippet i smertebehandling til opioidavhengige er at basalbehovet med opioiddose skal være dekt. Dosen kan ofte være ukjent, men Metadon 30 mg skal forebygge de alvorligste abstinenser (Legeforeningen, 2009).

2.4 Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (2003) skriver i sin artikkelsamling om omsorgsbegrepets flere dimensjoner. Ifølge teoretikeren har omsorg med relasjoner og moral å gjøre, og viser seg i praktisk handling. Martinsen fremhever tre aspekter, som i det følgende vil bli presentert.

2.4.1 Det relasjonelle aspektet

Martinsen presenterer først og fremst omsorg som et relasjonelt begrep, basert på et menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Vi kan alle komme i situasjoner der vi er avhengig av andre, og der ligger prinsippet om ansvaret for den svake som et verdiprinsipp til grunn.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er også preget av en tillitsbasert omsorg som går begge veier. Fra pasientens side er tilliten spontan og umiddelbar. I dette ligger det en etisk fordring, hvor sykepleier har valget mellom å imøtekomme pasientens spontane tillit eller å neglisjere den. Det relasjonelle aspektet i omsorgen, preges av at den som gir omsorg, anerkjenner den andre ut i fra hans situasjon. Tillit er en grunnleggende verdi som er til stede i relasjonen mellom mennesker, og som fenomen er uunnværlig i den profesjonelle omsorgen (Martinsen, 2003 : Kristoffersen, 2011).

2.4.2 Det praktiske aspektet

Med utgangspunkt i liknelsen om den barmhjertige samaritan beskriver Martinsen omsorgens praktiske aspekt. For å belyse det praktiske aspektet presenteres liknelsen;” men en samaritan som var på reise, kom også dit han (den skadde jøden) lå; og da han fikk se ham, syntes han inderlig synd på ham. Han gikk bort til ham, helte olje og vin på sårene hans og forbandt dem,

løftet ham opp på eselet sitt og tok ham med til et herberge og pleiet ham” (Martinsen, 2003, s. 15-16). Liknelsen om den barmhjertige samaritan er en beskrivelse av to sider av det praktiske aspektet: det å delta praktisk i den andres lidelse, og at hjelpen som gis er betingelsesløst. I handlingsrelasjonen er det viktig at sykepleier ikke forventer å få noe igjen. Omsorgen skal bestemmes ut i fra mottakerens situasjon, dette kalles generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003).

2.4.3 Det moralske aspektet

Knyttet til prinsippet om ansvaret for den svake, har omsorgen et moralsk aspekt. Dette handler om hvordan vi i relasjonen handler ut i fra det praktiske arbeidet. I det mellommenneskelige forholdet må en kunne identifisere seg med den andre og tenke at rollene kan være byttet. Ut ifra en situasjonsforståelse basert på kunnskap og bevissthet må vi kunne foreta moralske skjønn. Moralens omsorg har to sider: den spontane siden og den normmoralen. Den spontane moralen er umiddelbar og preget av kjærlighet, mens normmoralen styres av lovverk og etikk (Kristoffersen, 2011;Martinsen, 2003).

2.5 Jus

Jeg ønsker å trekke frem en paragraf fra pasient-og brukerrettighetsloven (1999) som er relevant for oppgaven: § 1-1. har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1).

Fra helsepersonelloven (1999) vil jeg trekke frem en paragraf som styrer sykepleierens yrkesutøvelse: I § 4 står det skrevet at: ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, § 4) Faglig forsvarlighet er et overordnet prinsipp innen helsehjelp og handle i tråd med profesjonens lovverk og de yrkesetiske retningslinjer.

2.6 Etikk

De grunnleggende verdiene innen yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere baserer seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Jeg har valgt å trekke frem et punkt fra kapitlet: sykepleieren og pasienten; ”2.9 Sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleierforbund, 2011, § 2.9). Dette er relevant for oppgaven da det å lindre lidelse og å yte omsorgsfull hjelp er et mål innen smertebehandlingen.

3 Metode for oppgaven

Metode er redskapet og midlet som hjelper oss å innhente kunnskap for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017). I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem for å samle litteratur til min problemstilling, og presentere et utvalg av litteraturen.

Dette er en litteraturstudie som ved hjelp av fag- og forskningslitteratur skal belyse valgt problemstilling. Det som kjennetegner en litteraturstudie er at en innhenter og systematiserer kunnskaper fra flere kilder (Thidemann, 2015). Alle midler som bidrar til å samle data til undersøkelsen, hører til under metode (Dalland, 2017). I oppgaven er data innhentet fra Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) sitt bibliotek, LDH sin pensumliste, medisinske- og sykepleiefaglige databaser og søkemotor, databasen Lovdata og Norsk Sykepleierforbund sine sider.

3.1 Tabell 1 – oversikt over søkene i elektroniske databaser

Tabellen under viser hvordan jeg har søkt frem forskningslitteraturen ved hjelp av ulike databaser og søkemotorer.

Database/søkemotor	Søkeord	Antall treff	Navn på artikkel
SveMed+	'smerte' AND 'sykehus' AND 'rusmisbrukere'	1	"Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus"
PubMed	'Nurses competence AND opioid addiction'.	6	"Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study"
PubMed	'Nurses attitudes', AND 'Substance Use', AND 'Pain'	10	"Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain"

Cinahl	'Substance Abusers' AND 'Analgesia'	17	“Substance users’ perspective of pain management in the acute care environment”
--------	--	----	---

I søken etter forskningslitteratur benyttet jeg meg av databasene Cinahl og SveMed+, og søkemotoren PubMed. Søkene resulterte i fire artikler som anvendes i oppgaven. Ved litteratursøkene gikk jeg frem ved å lese abstraktene fra de ulike forskningsartiklene, slik at jeg plukket ut de studiene jeg så var relevante for min oppgave. I tillegg til litteratur som beskriver sykepleierens perspektiv har jeg inkludert en studie (Blay et al., 2012) som beskriver pasientens perspektiv. Studiene med sykepleieperspektiv viser hvilke utfordringer som man står overfor i smertelindringen, og hovedtrekkene i disse funnene stemmer overens med funnene i studien med pasientperspektiv.

Faglitteratur som anvendes består av relevant teoretisk kunnskap: sykepleiefaglige lærebøker som omtaler smertebehandling, legemidler, grunnleggende sykepleie, psykologi, rusmidler og jus anvendes.

Av fagartikler har jeg benyttet meg av: da Cunha, B. F. (2015) “Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse”, Oliver, J. (2012) ”Pain Management in Patients with Substance Use Disorders” og Fredheim, M. O., Nøstdahl, T., Nordstrand, B., Høivik, T., Rygnestad, T. & Borchgrevink, C. P. (2010) sin artikkel ”Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering”.

Til den første fagartikkelen (da Cunha, 2015) ble PubMed anvendt som søkemotor med bruk av søkeordene: 'Pain', 'Drug Abuse', 'Inpatient Management' og 'Ethics' ved bruk av funksjonen 'AND' mellom alle søkeordene. Søket resulterte i to artikler.

Den andre fagartikkelen (Oliver, J. 2012) ble også søkt opp i PubMed. Her brukte jeg søkeordene 'Pain Management', 'Substance Use Disorders' og 'Stigma' ved bruk av funksjonen 'AND'. Søket resulterte i 14 artikler.

Den tredje fagartikkelen med forfattere til Fredheim, M. O., Nøstdahl, T., Nordstrand, B., Høivik, T., Rygnestad, T. & Borchgrevink, C. P. (2010) er funnet som kildereferanse i en forelesning fra Lovisenberg diakonale høgskole, og deretter søkt opp i søkemotoren PubMed ved et ordinert søk.

3.2 Kildekritikk

Jeg erkjenner at boka til Martinsen (2003) er eldre enn ønskelig, men likevel aktuell da det er det siste teoretikeren har publisert om sin omsorgsteori. Forskningsartiklene jeg har plukket ut består av henholdsvis to norske, en amerikansk og en australsk studie.

Jeg erkjenner at overføringsverdien mellom både USA, Australia og Norge kan være redusert, men anser holdninger og kunnskaper hos sykepleiere, samt relasjon mellom pasient og sykepleier til å være ganske like i Norge, som i USA og Australia. Forhold som kan bidra til ulikheter blant disse landene er forskjeller i helsevesenet.

I en forskningsstudie vil ofte undersøkelsene har blitt utført to år før studien blir publisert. To av forskningsartiklene er publisert i 2012. Forskningsfeltet innen smertebehandling til rusmiddelavhengige kan ha utviklet seg siden den gang, og det er noe jeg vil ta i betraktning.

3.3 Etske vurderinger

I denne oppgaven er retningslinjer for oppgaveskriving blitt fulgt, og jeg krediterer arbeid som andre har gjort ved korrekt kildehenvisning.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Ved hjelp av artikkelmatrisen vil forskningsartikler som anvendes i oppgaven herunder bli presentert.

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funnet
-----	-----------	--------	------------	---------	--------	--------

1	Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall og Dagfinn Nåden (2012)	”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus”	Sykepleien Forskning	Kartlegge helsepersonells, henholdsvis sykepleiere og leger, holdninger, handlinger og kunnskaper til rusmiddelavhengige med smerter innlagt på sykehus i Norge	Kvantitativ metode: 312 spørreskjemaer ble besvart av sykepleiere ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesiavdelinger	Helsepersonells holdninger overfor pasienter med rusmiddelavhengighet utgjør mistillit hos pasientene
2	Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs (2015)	“Nurses´ competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study”	Nurse Education Today	Evaluere sykepleieres kompetanse: kunnskaper om smerter, smertebehandling, hvor sykepleierne henter kunnskapene fra	Kvantitativ metode: Spørreskjemaer som ble delt ut til 98 sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdelinger.	Studien viser at sykepleiere har mangelfulle kunnskaper innen smertebehandling til rusmiddelavhengige pasienter
3	Betty D. Morgan (2014)	“Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain”	Pain Management Nursing	Finne ut mer om sykepleiers holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer med 14 sykepleiere. Intervjuene bygger på en modell fra forfatterens tidligere forskning	Studien viser at det er stigmatisering rundt rusmiddelavhengige som gruppe, og at det er kunnskapshull om denne målgruppen blant sykepleiere
4	Nicole Blay, Steaphanie Glover, Janine Bothe, Susan Lee og Fiona	“Substance users´ perspective of pain management in the acute care environment”	Contemporary Nurse	Undersøke rusmiddelavhengiges perspektiver på smertebehandlingen i det akutte	Kvalitativ metode med supplerings av kvantitative data. Spørreskjemaer ble utdelt til rusmiddelavhengige pasienter som lå inne på sykehuset	Funnene i denne studien er at majoriteten av de rusmiddelavhengige er fornøyd med smertebehandlingen som gis. Pasientene som ikke var fornøyd fikk for lav dose

	Lamont (2012)					smertestillende i forhold til deres smertenivå, og ble ikke hørt på deres smerteopplevelse
--	------------------	--	--	--	--	--

5 Hvordan kan sykepleier bidra til adekvat smertelindring hos den rusmiddelavhengige pasienten med akutte smerter innlagt på sykehus?

I drøftingskapittelet vil Martinsens tre aspekter danne grunnlaget for drøftingen ved hjelp av relevant fag- og forskningslitteratur.

5.1 Det relasjonelle aspektet

Når en pasient med rusmiddelavhengighet blir innlagt på sykehuset for akutte smerter, er sykepleieren en av de første pasienten møter (Danielsen et al., 2016). Martinsen beskriver omsorg som en relasjon mellom to mennesker, og skiller mellom to varianter; balansert gjensidighet som kjennetegnes ved at det er et likeverdig forhold mellom to mennesker, og generalisert gjensidighet som baserer seg på en omsorg hvor den ene parten hjelper den andre uten å forvente noe tilbake. Den generaliserte gjensidigheten er viktig og sentral i sykepleier-pasient forholdet, og som en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Martinsen, 2003; Kristoffersen, 2011).

Martinsen sier videre at vi som mennesker er avhengig av hverandre, og at avhengigheten trer tydelig frem i situasjoner ved for eksempel sykdom eller skade. Avhengigheten arter seg på ulike måter ut i fra hvilken situasjon man er i, og i enhver situasjon vil en se at noe av det enkelte menneskets liv blir overlatt og utlevert til et annet menneske (Martinsen, 2003; Kristoffersen, 2011). Den rusmiddelavhengige pasienten er som kjent innlagt grunnet skade eller sykdom, som er ført til de akutte smertene. Pasienten er dermed i behov for medisinsk behandling og sykepleie, og fullt og helt avhengig av sykepleiers ekspertise. I denne situasjonen er pasienten sårbar, og han vil spontant legge sin lit til sykepleieren (Danielsen et al., 2016; Martinsen, 2003). At pasienten er avhengig av sykepleieren vises blant annet i Blay et al. (2015) sin studie. Flere av de rusmiddelavhengige pasientene beskrev det å ikke få tilstrekkelig smertebehandling når de hadde akutte sterke smerter som vanskelig å takle, og de uttrykket seg verbalt høylytt i håp om å bli hørt for sine smerter. Dette viser et eksempel på en situasjon hvor pasienten ikke får den hjelpen han trenger, og føler seg hjelpeløs fordi han ikke får gjort noe med det, da makten ligger hos sykepleieren.

En annen forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt, er forståelse for den andres situasjon (Martinsen, 2003). Ifølge Martinsen (2003) er nøkkelen for å danne forståelse felles erfaringer. Martinsen skriver at en som sykepleier må ha evne til å være empatisk, som vil si evnen å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. En må kunne tenke at rollene kan være byttet. Sykepleier må dermed stille seg selv spørsmål om hvordan hun ville blitt behandlet om hun var i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2011). I Morgan (2014), Krokmyrdal & Andenæs (2015), og Li et al. (2012) sine studier kommer det frem at sykepleiere har utfordringer med å forstå den rusmiddelavhengige pasientenes smerteopplevelse. Sykepleier har som regel ikke den samme erfaringen som pasienten når det gjelder rusmiddelavhengighet. For å finne andre felles erfaringer, bør sykepleier forsøke å finne referanser på medmenneskelige fenomener (Martinsen, 2003). Det å erfare smerter er noe menneskelig som alle har opplevd en eller gjerne flere ganger, og sykepleier kan i denne sammenheng trekke frem egne erfaringer. Dette vil kunne bidra til at sykepleier får økt forståelse og empati, og kan forsøke å sette seg inn i pasientens smerteopplevelse. En slik empati vil kunne bidra positivt i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Danielsen et al., 2016).

5.1.1 Tillit

Formålet til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er å sikre befolkningen et likt tjenestetilbud med samme kvalitet, og gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Videre sier loven at den skal bidra til å fremme tillit mellom pasient og helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1). Pasienter med rusmiddelavhengighet har krav på like god smertebehandling som andre pasientgrupper (Fredheim et al., 2010). Oppretting av et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier skal være et overordnet mål ved behandlingstilbud i sykehus (Li et al., 2012). En gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier handler om at pasienten stoler på sykepleieren, og at sykepleier har tillit til pasienten, og hans smerteformidling. Sykepleier har i samarbeid med lege ansvar for å legge til rette for at et tillitsforhold skal dannes (Danielsen et al., 2016). Her vil involvering av pasienten i valg av ulike metoder for smertelindring være essensielt (da Cunha, 2015).

I Li et al. (2012) sin studie kommer det frem at kun tjue prosent av sykepleierne trodde på den opioidavhengiges smerteformidling. Femtiseks prosent av sykepleierne følte seg manipulert av

pasienter med opioidavhengighet. Tilliten pasienten utviser til sykepleier er spontan, og i situasjonen er pasienten sårbar. Denne tilliten kan bli misbrukt dersom sykepleieren er likegyldig overfor det pasienten utleverer seg med (Kristoffersen, 2011; Danielsen et al., 2016). I studien til Blay et al. (2012) beskriver pasientene episoder hvor de hadde sterke smerter, men ikke fikk adekvat smertelindring. Noen av pasientene beskriver også måten de ble møtt på når de spurte etter smertestillende som nedverdiggende, og de følte at de måtte uttrykke seg mer aggressivt kroppslig og verbalt på en unaturlig måte, for å bli hørt. Pasientene opplevde det som at sykepleier ikke tok deres smerter på alvor. Hvilke konsekvenser dette får for tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier er noe sykepleier må være klar over.

I studien til Morgan (2014) beskriver sykepleierne hvor viktig relasjonen mellom pasient og sykepleier er, og at det å mestre å hjelpe en annen på en god måte kan omtales som en kunst. En av sykepleierne forteller at å hjelpe en annen i noen situasjoner kan oppleves som vanskelig, men i utgangspunktet er det på et nivå en enkel ting, hvis en knekker koden (Morgan, 2014).

Kommunikasjonen med pasienten i smertebehandlingen er sentral. Sykepleier må snakke direkte med pasienten om at de må være ærlige og fortelle hvor mye de ruser seg til vanlig, slik at dosen kan justeres deretter. Målsettingen med behandlingen bør være at pasienten blir lindret for sine smerter og unngår abstinenser. I samarbeid med lege bør det forklares grundig hvilken behandling som er planlagt. I planleggingen av behandlingen bør også pasienten inkluderes slik at han får komme med innspill til hva som han tror hjelper, eventuelt hvilke smertestillende han har god erfaring med fra før. En involvering av pasienten, vil kunne bidra til å styrke brukermedvirkning og selvbestemmelse (da Cunha, 2016). Alle de involverte i behandlingen til pasienten bør følge samme plan. Det er viktig med en tett og god dialog med de andre i teamet for best mulig kontinuitet i behandlingen (Danielsen et al., 2016).

5.2 Det praktiske aspektet

Som presentert i teorikapitlet er liknelsen om den barmhjertige samaritan en beskrivelse av to sider av det praktiske aspektet: det å delta praktisk i den andres lidelse, og at hjelpen som gis er betingelsesløst (Martinsen, 2003). For at sykepleieren skal kunne delta praktisk i den

andres lidelse, kreves det at hun har kompetanse innen det hun skal gjøre (Kristoffersen, 2011). Det at sykepleieren har kunnskaper om smertefenomenet og smertelindring spiller en stor rolle innen smertelindringen. Sykepleierens kunnskaper om de fysiologiske mekanismene: toleranseutvikling, abstinenssymptomer og økt smertefølsomhet hos den rusmiddelavhengige pasienten er også essensielle. Flere av studiene trekker frem kunnskapsmangel som en faktor som hindrer sykepleieren i å kunne gi adekvat smertelindring til den rusmiddelavhengige. Det ble avdekket i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) at 88% av sykepleierne ikke hadde adekvate kunnskaper innen smertelindring.

5.2.1 Kartlegging

For at sykepleieren skal delta praktisk, kreves det også at hun innhenter data om pasientens opplevelse av sykdom (Danielsen et al., 2016). Innen smertebehandling til rusmiddelavhengige er kartlegging av både pasientens rusmisbruk og smerter viktige oppgaver. Ved kartlegging av pasientens rusmisbruk får sykepleieren informasjon om hvor ofte pasienten ruser seg og hvilke doser pasienten er vant med. Det er relevant å vite i smertebehandlingen når legen skal forordne smertestillende opioider, slik at pasientens daglige rusinntak blir erstattet (Legeforeningen, 2009).

Pasienter som skjuler rusmisbruket sitt for sykepleier, er til stor bekymring for helsepersonell. Medikamentell smertelindring er ikke bare viktig for å lindre selve smerten, men også for å forebygge abstinenser hos den rusmiddelavhengige. Ved abstinenssymptomer kan pasienten oppleve økt smertefølsomhet, noe som igjen kan føre til at pasienten administrerer rusmidler i skjul for sykepleieren (Li et al., 2012). I studien til Li et al. (2012) oppga under halvparten av sykepleierne at de kartla pasientenes rusmisbruk. Svært få sa at de erstattet pasientenes daglige dose av opioider under smertebehandlingen. Det var det kun en fjerdedel av sykepleierne i undersøkelsen som svarte at de brukte kartleggingsverktøy ofte eller ganske ofte. Årsakene til dette kan være at sykepleier ikke ser på det som sitt ansvarsområde, eller at hun mangler kunnskaper om hvordan rusmiddelavhengighet påvirker smerteopplevelsen, og da ikke ser på kartlegging av rusmisbruk som relevant (Li et al., 2012).

Uten målbare tegn på smerter kan sykepleieren stå i fare for å tvile på pasientens smerter (Danielsen et al., 2016). For å kartlegge smerter er et av sykepleierens sentrale verktøy sykepleieprosessen. Denne prosessen innebærer en grundig datasamling hvor sykepleieren

gjennom samtale og dialog, kliniske observasjoner samler informasjon om pasientens smerter. For å samle inn data om smertene er kommunikasjon et sentralt element. Åpne og konkrete spørsmål hvor pasienten får mulighet til å beskrive smertene vil være viktig for å få et helhetlig bilde av pasientens smerteopplevelse. For å innhente nødvendig data er informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet relevant. Innen smertebehandling er det også vanlig å anvende ulike skalaer for å kartlegge pasientens smerter. For å måle smertens intensitet er Numerisk skala (NRS) det kartleggingsverktøyet som er mest brukt. Her rangerer pasienten smerten på en skala fra 0 til 10. Hovedregelen er at smertene ikke skal ligge på over 3 på skalaen. Er smertene over 3 skal pasienten få ytterligere smertelindring (Danielsen et al., 2016). Det er også viktig å be pasienten om å beskrive smerten. Måten pasienten beskriver smerten på kan gi sykepleier en indikasjon på hva slags type smerte pasienten har. Pasienten kan beskrive smerten som for eksempel stikkende, lynende eller brennende, noe som gir indikasjon på lokalisasjonen til smerten eller hvilket vev i kroppen som er skadet. Av personlighetsmessige ulikheter vil beskrivelsen av smerten være forskjellig fra pasient til pasient. Noen pasienter vil beskrive smerten på en beskjeden måte, mens andre kan virke mer overbevisende i sin beskrivelse. Dette er forhold som går på personlighet som sykepleier ikke bør legge for mye vekt på i sin kartlegging.

Kartleggingen omfatter også observasjon med det kliniske blikket, hvor sykepleier observerer sykepleier pasientens non-verbale tegn. Fysiologiske tegn på smerter vises som forhøyet blodtrykk, hurtigere pulsfrekvens, raskere respirasjon, utvidede pupiller, svetting og klam hud. Ved akutte smerter vil vanligvis flere av disse tegnene være til stedet. Ved skade i indre organer og glatt muskulatur som forårsaker smerter, vil en observere blekhet, kaldsvette, langsom puls og blodtrykksfall. Atferdsmessige reaksjoner ved smerte kan være at pasienten har fokus på smerten, snakker om smerten, gråter og ynker seg, tar på stedet med smerte, økning i muskelspenninger, rynker pannen eller lager grimaser. Ved akutte smerter med smerteintensitet moderate-sterke vil disse tegnene ofte være synlige, og vanskelige for sykepleier å kunne overse (Danielsen et al., 2016). Når en kartlegger smertene vil pasienten også bevisstgjøres på hva som lindrer smerten og hva som forsterker den, som vil kunne være nyttig i evalueringen av smertelindringen. Når en kartlegger smerter hos pasienten med akutte smerter bør kartleggingen gjøres minst tre ganger i døgnet (Danielsen et al., 2016). Sykepleier bør også kommunisere hva som er målet med smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016).

Tilbake til fortellingen om den barmhjertige samaritan, kjennetegnes den betingelsesløse omsorgen ved at handlingene som gjøres, begrunnes i den andres behov (Martinsen, 2003; Masvie, 2014). I studien til Blay et al. (2012) var det flere pasienter som hadde behov for smertelindring, men ikke fikk det i det aktuelle tidsrommet. Morgan (2014) sin studie viser også holdninger hos sykepleiere som ikke står i stil med pasientenes behov. Sykepleiernes negative holdninger til den rusmiddelavhengige førte til at den hjelpen de skulle gi, ikke var på begrunnet i en omsorg som er betingelsesløs, men på grunnlag av plikten deres til å gi pasientene behandling.

5.2.2 Konsekvenser for pasientens grunnleggende behov

Sykepleier skal ikke kun kartlegge pasientens smerter og rusmisbruk, men også de grunnleggende behov. Det må gjøres en vurdering av hvilke konsekvenser smertene har for pasientens grunnleggende behov. Ved en systematisk og kontinuerlig datainnsamling vil sykepleier kunne kartlegge og identifisere pasientens ulike behov, og ut ifra behovene iverksette tiltak. Sykepleier beskriver pasientproblemer/symptomene ved hjelp av en sykepleiediagnose. Her settes fokus på pasientens symptomer, og reaksjon på smertene. I studien til Blay et al. (2012) hadde de rusmiddelavhengige sterke smerter og ble grunnet dette urolige når de ikke fikk adekvat smertelindring da de trengte det. Som sykepleier må en vurdere hvilke utfordringer de akutte smertene gir for pasienten. Det å ikke bli lindret for sine smerter når en har moderate-sterke smerter kan gi alvorlige følger. Dersom ikke de akutte smertene blir behandlet effektivt kan det føre til en rekke negative konsekvenser for de ulike organsystemene. Tilknyttet respirasjonen kan pasienten oppleve redusert lungeventilasjon, overflattisk respirasjon, dårlig hostekapasitet, atelektasetendenser som følge av smerter i toraks og abdomen. Lungebetennelse og sepsis kan også forekomme. Når det gjelder konsekvenser for sirkulasjonen kan komplikasjoner som hurtig puls, økt perifer motstand i kretsløpet og økt oksygenbehov for hjertemuskulaturen grunnet merarbeid for hjertet forekomme. Av muskulære konsekvenser kan akutte smerter føre til muskelstramminger og sekundære muskelsmerter. I gastrointestinal systemet kan sterke smerter gi økt sympatikustonus til tarmen som kan gi redusert peristaltikk og øke sfinktertonusen. I det endokrine systemet kan pasienten oppleve økt væskeretensjon grunnet økt utskillelse av antidiuretisk hormon. Høyt blodsukker og negativ virkning på stoffskiftet kan også forekomme. Ved akutte sterke smerter kan angst og søvnunderskudd også utløses. De

fysiologiske reaksjonene vil ubehandlet føre til komplikasjoner, forlengelse av sykdomsforløp, og varig mén (Danielsen et al., 2016).

Velvære er også et av våre grunnleggende behov. I mangel på velvære vil signaler som verbale uttrykk og non-verbale uttrykk som grimaser, skjelving, og fysiologiske tegn være til stedet. Velvære er en tilstand som er subjektiv og svært individuell. Velværefremmende tiltak er derfor forskjellige av både kulturelle og individuelle årsaker. Å lindre lidelse handler derfor også om å fremme velvære hos pasienten (Bjørk & Breievne, 2011).

Den rusmiddelavhengige pasienten med moderate-sterke smerter vil være i behov for sterke analgetika. Det er sykepleiers oppgave å videreformidle dataene til lege, slik at riktig smertestillende dose blir ordinert. Heretter er det sykepleiers jobb å administrere smertestillende etter pasientens behov (Danielsen et al., 2016). I studien til Morgan (2014) ble det avdekket at sykepleier møter utfordringer knyttet til det å spørre legen om å forordne høyere dose smertestillende. En bør jevnlig titte innom pasienten for oppfølging av om de administrerte smertestillende har effekt. Her gjør sykepleier en vurdering av om en bør øke dosen eller om smertelindringen er adekvat. Sykepleier bør også sammen med pasienten evaluere smertebehandlingen for å få innspill til hva pasienten erfarer at virker av smertestillende medikamenter, og om det er andre faktorer som spiller en rolle i smertebehandlingen (Danielsen et al., 2016).

For kontinuitet i sykepleien er det essensielt at sykepleier dokumenterer det relevante som har med pasientens situasjon og hans reaksjon på sykdom og livssituasjon å gjøre. Pasientens smerteopplevelse, behandling av medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak og effekt av behandling skal dokumenteres. De kliniske observasjoner av non-verbale tegn, vitale parametere skal også føres i pasientjournalen. En god dokumentasjon er basert på fakta, presise data og uten synsing og antakelser. Bruk av smerteskala eller andre vurderingsverktøy vil bidra til en faktabasert dokumentasjon, som igjen vil bidra til en faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis (Danielsen et al., 2016; Dahl & Skaug, 2011).

5.2.3 Kunnskaper

I studien til Blay et al. (2012) var det flere pasienter som ikke var tilfreds med smertebehandlingen. Årsakene til at smertebehandlingen ikke var adekvat var at ordinerte smertestillende ikke stemte overens med deres smertenivå på det aktuelle tidspunktet. To ting pasientene trekker frem som kunne forbedres var økt oppmerksomhet rundt toleranseutvikling, og det å vurdere behovet for høyere doser smertestillende. I studien til Morgan (2014) snakker en av sykepleierne om behovet for økt kunnskap om rusmiddelavhengighet blant sykepleierne. Deltakeren forteller at sykepleierne hun jobbet med stort sett mente det ikke var relevant å lese seg opp på rusmiddelavhengighet når de fikk inn pasienten med denne problemstillingen. Sykepleieren mente dette var en feiloppfatning blant kollegene. Sykepleieren beskriver det slik; ”når en får en pasient som har kreft, leser du deg opp på det, det samme bør gjelde når en pasient har rusmiddelavhengighet”. Beskrivelsen fra denne studien forteller oss ikke bare noe om sykepleiers evne til å innhente kunnskap, men også noe om holdninger sykepleiere har.

5.2.4 Administrering av opioider

I studien til Morgan (2014) beskriver sykepleiere hvordan de følte frustrasjonen over at legene ordinerte analgetika som ikke stemte overens med pasientens smertenivå. Sykepleierne beskrev også utfordringene knyttet til opioid-toleranse hos pasientene, hvor det var vanskelig å vite hvor grensen går mellom at pasienten blir adekvat smerte lindret og å oppnå ruseffekt. I studien til Li et al. (2012) oppga kun like underhalvparten av deltakerne at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider. En viktig del av sykepleierens behandlende funksjon er å administrere legemidler, observere virkninger og bivirkninger (Danielsen et al., 2016). Pasienter med rusmiddelavhengighet har som tidligere nevnt utviklet toleranse for opioider, og er i behov for høyere dose smertestillende enn andre pasientgrupper (Legeforeningen, 2009; Fredheim, 2010). Ved akutte smerter med smerteintensitet moderate-sterke er det vanlig å gi opioider for en rask smertelindring, og en skiller mellom svake og sterke opioider. Av de svake er kodein, dekstropoksyfen og tramadol mest brukt. Av sterke opioider har vi morfin, ketobemidon, metadon, petidin, oksykodon og fentanyl. Ifølge WHO's smertetrapp kan NSAIDs gis i kombinasjon med opioider når pasienten har moderate-sterke smerter. Dette forutsetter at det ikke er kontraindikasjoner for NSAIDs. Dersom pasienten står på legemiddelassistert behandling (LAR), skal denne dosen fortsettes å gis. Her er Metadon eller Subutex de to vanligste legemidlene. (Danielsen et al., 2016; Legeforeningen, 2009). Dersom

pasientens daglige dose er ukjent er det standard behandling å gi Metadon 30 mg (Legeforeningen, 2009). I studien til Blay et al. (2012) kommer det frem at pasienter som fikk opioider var mer tilfreds og mente at smertebehandlingen var effektiv, i motsetning med pasientene som fikk andre typer analgetika.

Ved akutte smerter er det vanligst å gi opioidene per os, som injeksjon intravenøst eller intramuskulært. Fordelene med å administrere per oralt er at det er praktisk, liten infeksjonsrisiko og krever lite sykepleierressurser. Ulempen er at det tar lengre tid for legemidlet å nå ut til opioidreseptorene, enn det gjør ved injeksjon intravenøst eller intramuskulært (Danielsen et al., 2016). Pasienten har rett på å vite hvilke legemidler en kan velge mellom, og virkninger og bivirkninger av de ulike legemidlene. Dette er forankret i pasientens autonomi og dersom sykepleier velger å unnlate å involvere pasienten i smertebehandlingen, eller tar avgjørelser uten pasientens synspunkter er dette brudd på pasientens rett til selvbestemmelse (da Cunha, 2015). Hos rusmiddelavhengige pasienter er det like store individuelle forskjeller på hvordan legemidlet virker hos den enkelte, som hos opioid-naive. Dette er knyttet til administrasjonsform, forskjell i virking på ulike medikamenter, og situasjonsbetingede forhold (Danielsen et al., 2016). I praksis er bivirkningene av opioider en må være svært observante på kvalme og brekninger, obstipasjon, respirasjonshemming og avhengighet (Slørdal & Rognestad, 2013). Som i flere studier (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015) framgår det at sykepleiere ikke har tilstrekkelige kunnskaper om smertelindring til rusmiddelavhengige. da Cunha (2015) skriver i sin artikkel at årsaker til at sykepleiere ikke ønsker å gi pasienten smertestillende, er blant annet frykt for å forverre rusmiddelmisbruket og frykt for respirasjonsdepresjon hos den rusmiddelavhengige. Dette må ses i sammenheng med sykepleiers manglende kompetanse innen smertelindring.

Det er essensielt at sykepleier har kunnskaper til å kunne anvende hele registeret av forordnede legemidler i smertebehandlingen. I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier har et personlig ansvar for egen yrkesutøvelse, og at praksisen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011, § 1.3). Sykepleier har også et ansvar for egen kompetanse og må erkjenne egne grenser går, og praktisere sin yrkesutøvelse innenfor disse rammene. En må også ha evne til å søke veiledning i situasjoner hvor sykepleier ikke har tilstrekkelig kompetanse (NSF, 2011, § 1.7). Dette vil si at dersom sykepleier ikke har nok kompetanse, er det hennes selvstendige ansvar å tilegne seg dette. Dette kan gjøres ved å lese seg opp på

aktuelle legemidler i Felleskatalogen, og eventuelle prosedyrer i avdelingens kvalitetssystem eller etterspørre kompetanse hos kolleger.

En sykepleier i studien til Morgan (2014) beskriver en situasjon hvor hun står i midten, mellom pasienten og kirurgene, og må forhandle med kirurgene for at pasienten skal få mer smertestillende. Dette er faktorer som bidrar inn i smertebehandlingen. Her er det viktig at sykepleier er tydelig, stolt og modig og taler pasientens sak. Dersom sykepleier unnlater seg dette etiske ansvaret går det direkte utover pasientens smertelindring i negativ grad.

5.2.5 Tverrfaglig samarbeid

Grunnet de omfattende konsekvensene av akutte smerter, er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming. Forskning viser at det er utfordringer relatert til samarbeidet sykepleier og lege i mellom (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2014). I studien til Morgan (2014) kommer det frem at sykepleierne finner det utfordrende å spørre legen om å forordne høyere dose smertestillende. Årsakene de trekker frem er at legene ofte har det travelt, og at det å vekke vakthavende lege for å be de om å ordinere mer smertestillende, er noe de beskriver som upopulært. Disse utfordringene sykepleier møter går direkte utover pasientens smertebehandling. Sykepleieren må her kunne stå opp for pasienten, selv om det koster henne. Når det gjennom flere forskningsstudier (Li et al., 2012 ; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Blay et al., 2012; Morgan, 2014) viser seg at sykepleier har mangelfull kompetanse innen smertebehandling hos rusmiddelavhengige, vil det være avgjørende at sykepleier etterspør kompetanse. Gjennom å ta kontakt med smerteteam på sykehuset, som ofte er bestående av anestesilege og anesthesisykepleier, vil en få flere synspunkter på situasjonen og kvaliteten på behandlingen kan heves. Innen smertebehandling til rusmiddelavhengige bør også personell med rusfaglig og/eller psykiatrisk kompetanse involveres for en mer helhetlig tilnærming (Legeforeningen, 2009). Sykepleiers rolle i det tverrfaglige arbeidet er svært sentral, da sykepleier er hun som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Når sykepleier tilbringer tid med pasienten, vil pasienten etter hvert legge sin lit til sykepleier og komme med informasjon som er viktig. Pasienten kan også komme med små hint, da er det viktig at sykepleier er observant og lytter. I det tverrfaglige teamet vil derfor sykepleier ha mye å bidra med da hun ofte kjenner pasienten best. Det er viktig at sykepleier taler pasientens sak, spesielt i situasjoner hvor sykepleier mener at de andre i teamet ikke forstår pasientens situasjon. Å tale

pasientens sak er ikke desto mindre viktig i smertebehandlingen. Dersom lege har forordnet for lav dose analgetika i forhold til pasientens smerter, er det sykepleiers ansvar å si ifra om dette (Danielsen et al., 2016).

5.2.6 Kunnskapsbasert praksis

Å utøve sykepleie er å jobbe kunnskapsbasert. Å arbeide kunnskapsbasert handler blant annet om at en har pasientkunnskaper, som innebærer kunnskaper om ulike grupper mennesker i samfunnet og deres behov for sykepleie. For at sykepleier skal kunne utøve sykepleie til de ulike pasientene må sykepleier ha kunnskaper innen anatomi og fysiologi, medisin, psykologi, kommunikasjon, og samfunnsvitenskapelige fag. Kunnskapene danner grunnlag for å kunne gi en omsorg som er profesjonell og kyndig (Kristoffersen, 2011a).

Den profesjonelle omsorgen sykepleier yter reguleres av fagkunnskaper, etikk og juridiske rammer (Kristoffersen, 2011a). De yrkesetiske retningslinjer er sykepleiers etiske rammer som forteller hvordan sykepleier i sin yrkesutøvelse skal opptre. Retningslinjene utgjør standarden og kvaliteten for sykepleien som profesjon (Kristoffersen, 2011a). I de yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentere egen praksis innen sitt fagområde, og hun skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2011, § 1.4). Sykepleiefaget er i stadig utvikling, og forskning på smerter og smertebehandling har tilført sykepleiefaget en kunnskapsbasert praksis med økt forståelse og kunnskap for smertefenomenet. Likevel viser nyere forskning om smertebehandling at vi har en vei å gå før vi kan si at smertebehandlingen til rusmiddelavhengige ved norske sykehus er adekvat (Li et al., 2012; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Når en skal anvende forskning er det hensiktsmessig å både ta i bruk studier som har sykepleieperspektiv, og studier som beskriver og pasientens perspektiv (Thidemann, 2015). Forskning som beskriver pasientens perspektiv, er like viktig som kunnskaper om fysiologiske mekanismer ved smertefenomenet (Danielsen et al., 2016).

The Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC) definerer kompetanse som en kombinasjon av ferdigheter, kunnskap, holdninger, verdier og muligheter som en grunnmur for utførelsen av profesjonell sykepleie (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Som sykepleier må en kunne forstå fenomener som toleranseutvikling, abstinensreaksjoner, og økt

smertefølsomhet. Dette er faktorer som virker direkte inn på pasientens opplevde smerter. Dersom sykepleier ikke er observant på dette vil det kunne få alvorlige konsekvenser for pasientens smerteopplevelse, og kunne ramme flere organsystemer (Danielsen et al., 2016). En annen konsekvens, er at sykepleier kan tro at pasienten ber om mer smertestillende for å oppnå ruseffekt (Li et al. 2012; Danielsen et al., 2016). Når sykepleier anvender forskningsbasert kunnskap har hun et faglig belegg for til å begrunne de handlingene hun gjør (Danielsen et al., 2016). I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) kommer det frem at erfaringsbasert kunnskap var det som hadde sterkest påvirkningskraft på kompetansen til sykepleierne. Sykepleierne koblet arbeidserfaring og kolleger som kilde og bidragsyttere til deres kunnskaper innen smertebehandling. Momenter som utdanning, kurs, forskningslitteratur og informasjon spilte en mindre rolle som kunnskapskilde til deres praksis. Ettersom det er et klart behov for kompetanseheving innen smertebehandling til rusmiddelavhengige blant sykepleiere, må en se etter måter å løse dette på. I norske sykehusavdelinger er blir det med jevne mellomrom gjennomført internundervisning innen ulike faglige emner. Hvordan internundervisningen kan styrkes eller gjøres mer relevant for sykepleieren bør kartlegges.

5.2.7 Helhetlig perspektiv

Som sykepleier har en et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, § 2.3), og det ser ut til å bli et økende fokus på en helhetlig tilnærming innen sykepleie (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Å ha et helhetlig perspektiv innebærer at en ser de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved mennesket, og hvordan disse påvirker hverandre. Den rusmiddelavhengige pasienten har ofte et komplekst sykdomsbilde og lever et uforutsigbart liv (Håkonsen, 2014). Når sykepleier en arbeider ved medisinsk avdeling, kan flere oppgaver oppleves som rutinepreget. Det er viktig å ha i mente at det som for sykepleier oppleves som rutinearbeid, ikke er rutine for pasienten. Sykepleier bør møte pasienten på en måte som gjør at vedkommende føler seg som en hel person og ikke som et gjøremål (Kristoffersen, 2011). For opioid-naive er det ofte en utfordring å tilpasse seg sykehusavdelingens rutiner (Danielsen et al., 2016). For en rusmiddelavhengig kan denne overgangen være enda større, da den rusmiddelavhengige ofte lever et liv som er lite rutinepreget og som til tider kan være på kant med samfunnets normer og krav (Håkonsen, 2014). Det vil derfor for mange oppleves som en stor overgang å bli innlagt på sykehus og måtte forholde seg til de rutinene avdelingen følger. Dette er praktiske og sosiale aspekter

sykepleier bør ha i mente i møte med den rusmiddelavhengige pasienten. Det er også viktig å huske på at det er en sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Det er mange personer som misbruker rusmidler som også har en psykisk lidelse, hvorav antisosial personlighetsforstyrrelse er den hyppigste lidelsen. Personer med denne psykiske lidelsen kjennetegnes ved typiske atferdsmønstre som avviker fra normer for normal atferd, og har ofte en atferd som er destruktiv eller uansvarlig. I flere tilfeller ser en at psykiske lidelser fører til rusmiddelmisbruk, og derfor er det ikke alltid lett å vite hva som kom først av rusmiddelmisbruket og den psykiske lidelsen. Årsaksforhold mellom rusmiddelmisbruket og psykisk lidelse er det ingen enkeltstående forklaring på, men en antar at det henger sammen med felles biologisk og/eller personlighetsmessig sårbarhet. En person med ruslidelse skal få den samme smertebehandlingen uavhengig av om vedkommende har samtidig psykisk lidelse. Det kan være aktuelt å innhente personell med kompetanse innen psykiatri for en mer helhetlig tilnærming i behandlingen (Håkonsen, 2015; Skårderud et al., 2010).

5.3 Det moralske aspektet

Martinsen (2003) ser på den moralske dimensjon som et overordnet prinsipp når en skal utøve sykepleie. Ifølge teoretikeren har den moralske dimensjonen ved omsorgen to sider; spontaniteten og normene. Den spontane moralen som Martinsen beskriver er preget av en generalisert omsorg, hvor en handler til det beste for den andre. Martinsen sier videre at vi som sykepleiere må møte pasienten spontant og uten baktanker (Martinsen, 2003; Kristoffersen, 2011). Den spontane omsorgen kan bli hindret ved situasjoner man opplever som uoversiktlige og kompliserte. Å utøve smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet oppleves for mange som komplekst, fordi det er mange fysiologiske, atferdsmessige og sosiale forhold som spiller inn (Slørdal, 2011). På bakgrunn av dette kan det være moralsk utfordrende for sykepleier å gi en spontan omsorg.

Det kommer frem i flere studier at helsepersonell er lite villige til å bruke tid på pasienter til personer som har en sykdom som anses som selvforskyldt, og sykepleiers grad av positiv eller negativ intensjon i smertebehandlingen vil påvirke handlingene sykepleier gjør (Li et al.,

2012). I studien til Morgan (2014) kom det frem at sykepleierne ikke ønsket å bruke mye tid hos pasienter med en rusmiddelavhengighet. De tok seg ikke tid til å lytte til pasienten, og var mest opptatt av de fysiologiske behovene. Dette er markører på at den spontane omsorgen ikke er fullt til stedet. Derimot i studien til Blay et al. (2012) viser det seg at de pasientene som var fornøyd med smertebehandlingen roset sykepleierne for innsatsen og innlevelsen de la i behandlingen, på tross av at den medikamentelle smertelindringen ikke var adekvat.

Når den spontane omsorgen ikke strekker til, trer normmoralen inn. Normmoralen styres av lovverk, retningslinjer, prosedyrer og rutiner. Dette skal sikre minimumskravet for en faglig og etisk forsvarlig praksis innen sykepleie (Martinsen, 2003; Kristoffersen, 2011).

Normmoralens hensikt er å tre inn når vi ikke er i stand til å handle til pasientens beste. Å handle i normmoralens navn vil være å handle profesjonelt (Kristoffersen, 2011). I helsepersonelloven § 4 står det at; ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I studien til Morgan (2014) forteller sykepleierne at de syntes det var vanskelig å gi god sykepleie til de rusmiddelavhengige grunnet en mangel overbevisning om at smerteforbidlingen pasientene uttrykte stemte. Sykepleierne uttrykte også generelt negative holdninger overfor pasientgruppen. De negative holdningene som sykepleierne i denne studien fremviste, stemmer ikke overens med den spontane moralen, som uttrykkes med kjærlighet og er uegennyttig. I slike situasjoner må normmoralen tre inn, for å sikre at pasientene får en smertelindring som er forsvarlig.

Som sykepleiere er vi avhengig av både den spontane moralen og normmoralen, og i en god sykepleie spiller de to på lag. En må ha den spontane moralen for å kunne møte pasienten uten baktanker, mens normmoralen er viktig å ha for å kunne foreta faglige skjønn og vurderinger.

5.3.1 Holdninger

I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2011, § 2.9). For at sykepleiere skal yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse hos den rusmiddelavhengige pasienten er det en forutsetning at hun har tilstrekkelig kompetanse, men sykepleiers holdninger spiller også en viktig rolle. Smertelindring et område hvor en møter flere sykepleiefaglige- og etiske utfordringer (Danielsen et al., 2016). Etiske

utfordringer sykepleier kan møte er at den rusmiddelavhengige pasienten ønsker å skrive seg ut før behandlingen er over (Legeforeningen, 2009), mangel på etterlevelse i behandling, og atferd som kan vike fra de normer en har i samfunnet (da Cunha, 2015). Pasientene i studien til Blay et al. (2012) som opplevde en uadekvat smertelindring, mente dette hadde med sykepleiers holdninger å gjøre. Dette bekreftes i studiene til Li et al. (2012) og Morgan (2014). Det viser seg også at i studien til Li et al. (2012) at et fåtall av sykepleierne trodde på pasientens smerteforbidling.

Uadekvat smertelindring til den rusmiddelavhengige pasienten skyldes ikke bare holdninger og kompetanse, men også momenter som: mangel på rutiner, forsinkelser i smertelindring fordi sykepleier blir avbrutt eller avledet av andre oppgaver, sykepleiers manglende oppmerksomhet, sykepleiers individuelle tolkning av smerte og at sykepleier ønsker å tilfredsstille alle involverte parter (Danielsen et al., 2016). Det å ta pasientens smerte på alvor er helt grunnleggende i smertebehandlingen.

Det er både psykologiske- og miljøfaktorer som spiller inn i utviklingen av en rusmiddelavhengighet (Håkonsen, 2014). I studien til Li et al. (2012) var det et fåtall av sykepleierne som trodde på pasientenes smerteforbidling. Femtifem prosent av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom. Når pasienter føler seg stigmatisert, øker det risikoen for at de utelater å fortelle om rusmiddelavhengigheten. Stigmatisering er tilknyttet skam og skyldfølelse, og kan føre til mistillit i relasjonen til sykepleier (Oliver et al., 2012). I møte med denne pasientgruppen vil det være viktig å fremme myndiggjøring. Det er pasienten som er ekspert på sine smerter og har fasiten på hvordan smerteopplevelsen er. Sykepleier bør lytte til pasientens erfaringer med smerter, meninger om situasjonen, og ta dette på alvor (Li et al., 2016). Det er tydelig nødvendig med en holdningsendring for at rusmiddelavhengige skal få adekvat behandling (Li et al., 2012). Studien til Li et al. (2012) viser at legens og sykepleiers intensjon i smertebehandlingen påvirker den smertebehandlingen pasienten får i positiv eller negativ grad. Svært få sykepleiere mente at legene var positive til smertebehandling av rusmisbrukere. Dette kan føre til at en som sykepleier opplever å stå alene i behandlingen, med mangelfulle forordninger og utilstrekkelig støtte fra legene. Smertebehandlingen kan derfor oppleves som utfordrende på det moralske plan (Danielsen et al., 2016). Uadekvat smertelindring bør forstås ikke bare ut ifra mangel på kunnskaper, men også ut i fra hvordan stereotype holdninger

påvirker handlingene sykepleier gjør tilknyttet smertebehandlingen (Li et al., 2012)

Sykepleieren bør kunne forsones seg med at smerter er noe subjektivt og at det er pasienten som sitter med fasiten på sin smerteopplevelse. Sykepleier har altså valget mellom å ha tillit til pasientens smerteformidling eller å ikke ha tillit (Li et al., 2012). De grunnleggende verdiene innen yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere baserer seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2011). Når en skal gi sykepleie til en pasient med rusmiddelavhengighet er respekt for den enkelte pasient og deres livssituasjon avgjørende. Når det i forskningsartiklene kommer frem at sykepleiere anser rusmiddelavhengighet for å være selvforskyldt, at de ikke har tillit til pasientens smerteformidling, viser dette at sykepleiere ikke har respekt for den enkeltes iboende liv og verdighet. Som sykepleier har en et etisk ansvar, ikke bare overfor samfunnet, men også innad i avdelingen overfor sine kolleger. NSF (2011) fremmer slagordene; ”tydelig, modig, stolt”. Dette er stikkord sykepleier bør ta med seg på jobb, og forsøke å være et forbilde for resten av kollegene. Oppstår det en ukultur på avdelingen bør sykepleier melde ifra om dette til ledelsen. Dette er et moralsk ansvar sykepleier har, og er forankret i de yrkesetiske retningslinjer. Noe som er viktig og en integrert del av profesjonen vår, er å melde ifra dersom forhold er etisk eller faglig uforsvarlig. I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal melde ifra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold (NSF, 2011, § 5.4). Dersom en som sykepleier jobber på en avdeling hvor det er en eller flere kolleger som har stigmatiserende holdninger overfor rusmiddelavhengige, er det ens egen plikt å melde ifra. Hva som anses som uforsvarlig eller kritikkverdig, må i hvert enkelt tilfelle utvises av det faglige og etiske skjønn, og ses i sammenheng med juridiske rammer. En kan også stille seg spørsmål om de handlingene sykepleier utviser grunnet sine holdninger og mangel på kompetanse, er over grensen for hva som er faglig og etisk forsvarlig praksis.

6 Oppsummering

I besvarelsen er det blitt lagt mer på det praktiske aspektet av omsorgen, enn det relasjonelle og moralske. Dette kan begrunnes med at sykepleie er et fag som praktisk, men jeg erkjenner samtidig at det relasjonelle og moralske begge er helt essensielle når sykepleier skal gi smertelindring til den rusmiddelavhengige pasienten.

En god relasjon basert på gjensidig tillit mellom den rusmiddelavhengige pasienten og sykepleier, vil bidra positivt i smertebehandlingen.

Kompetanse innen smerter og smertebehandling, samt forståelse for fenomener som toleranseutvikling, abstinenser og økt smertefølsomhet vil være avgjørende for en god smertebehandling. Tilslutt er ikke minst, er holdninger, og relasjonen til pasienten også grunnleggende hjørnesteiner i smertebehandlingen.

Det å ha en helhetlig tilnærming til pasienten vil være avgjørende. Tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner vil også være viktig for en helhetlig tilnærming og innhenting av kompetanse.

Både innad i avdelingene på sykehusene og ute i samfunnet vil en ha sykepleiere som er tydelige, modige og stolte, og som tørr å si ifra dersom det er forhold som er etisk eller faglig uforsvarlig, eller kritikkverdige. På samfunnsnivå kan flertall for ny rusreform på stortinget være med til å bidra til en holdningsendring blant det norske folk, og sykepleierne som yter helsehjelp til rusmiddelavhengige. Sykepleieren bør likevel fortsette å bidra i den offentlige debatten, for at rusmiddelavhengige skal ha krav på lik behandling som andre pasientgrupper.

Referanseliste

- Bjørk, I. T., & Breivne, G. (2011). Kropp og velvære. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A., (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 2* (2.utg., s. 371-388). Oslo: Gyldendal Akdademisk.
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, S. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care enviroment. *Contemporary Nurse*, 42(2), 289–297.
Hentet fra:
<https://search.proquest.com/docview/1267733467/fulltextPDF/3EBBA0ECC7B74499PQ/1?accountid=32877>
- da Cunha, B. F. (2015). Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse. *Med-Surg Nursing*, 24(1), 4-7. Hentet fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306351>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009). Smerte hos rusmiddelmissbrukere. I *Retningslinjer smertebehandling* (s. 33). Oslo: Den Norske Legeforeningen. Hentet fra:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Fredheim, M. O., Nøstdahl, T., Nordstrand, B., Høivik, T., Rygnestad, T. & Borchgrevink, C. P. (2010). Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130: 738. doi: 10.4045/tidsskr.09.1110

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 7.juli 1999 nr. 64. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 112) Oslo: Akribe.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., & Skaug E-A., (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011a). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s. 281-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg, s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6) 789-794. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbruker innlagt på sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 252-260. Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Masvie, T. B. (2014). Barmhjertighet i sykepleien. *Sykepleien Fagutvikling*. 102(11)(44-46)DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0147>

Morgan, B.D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. Doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004

Norsk Riks Kringkastning (2017). *Flertall for rusreform på Stortinget*. Hentet fra:

<https://www.nrk.no/norge/flertall-for-rusreform-pa-stortinget-1.13824263>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I

D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 1* (5. utg., s. 22). Oslo: Gyldendal akademisk.

Oliver, J., Coggings, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M., St. Marie, B., Strobbe, S. & Turner, H. N., (2012). American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients with Substance Use Disorders. *Pain Management Nursing*, 13(3): 169-183. Doi: 10.1097/JAN.0b013e318271c123

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerter. I Nordeng, H., & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (2.utg, s. 341-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slørdal, L. (2013). Misbruk av legemidler og rusmidler. I Nordeng, H., & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (2.utg, s. 375-383). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (1.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

