



Smertelindring av rusavhengige

Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus?

Kandidatnummer: 156

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9299

Dato: 18.04.17

| | |
|--|---|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.17 |
| Tittel: Smertelindring av rusavhengige | |
| <p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgaven er Joyce Travelbees sykepleieteoretisk perspektiv blitt benyttet, med hovedfokus på medmenneskelighet og enkeltindividet. I teorikapittelet blir den teoretiske kunnskapen om pasientgruppen, smerte og smertelindring til rusavhengige beskrevet, inkludert sentrale begreper som toleranse, hyperalgesi og abstinenser. Aktuelle lover og etiske rammeverk blir også presentert.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er et litterært studie. Litteraturen er hovedsakelig hentet fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek gjennom dens søkemotor Oria og relevante fag- og forskningsartikler fra databasene Cinahl, PubMed og forskningsarkivet til Sykepleien Forskning. Lovverk og retningslinjer er også innhentet, og noe egenerfaring er inkludert.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes opp mot valgt litteratur og fag- og forskningsartikler. Kapittelet er delt i kommunikasjon, kunnskap, kartlegging og holdninger, og de ulike komponentene drøftes opp mot Joyce Travelbees sykepleiefaglige teori, de yrkesetiske retningslinjer, de fire prinsippers etikk og juridiske føringer. Funnene i forskningslitteraturen er brukt til å belyse og besvare problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Gjennom å utvikle sin kompetanse om smertelindring til opioidavhengige og innføre rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy, kan sykepleieren komme nærmere målet om optimal smertelindring. Økt kompetanse er dog ikke tilstrekkelig alene. Tillit og samarbeid mellom pasient og sykepleier er essensielt for smertelindringen. Holdninger påvirker også kvaliteten på pleien som blir gitt. Ved å være klar over sine egne holdninger til pasientgruppen og å bruke kunnskapsutvikling som et holdningsendrende tiltak, og dermed redusere de negative holdningene, kan sykepleieren bidra til å gi pasienten optimal smertelindring.</p> | |

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 4 |
| 1.1 Bakgrunn | 5 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling | 6 |
| 1.3 Begrepsavklaringer | 7 |
| 1.3.1 Optimal smertelindring | 7 |
| 1.3.2 Rusavhengig | 7 |
| 2. Metode | 8 |
| 2.1 Metodevalg | 8 |
| 2.2 Litteratursøk | 8 |
| 2.3 Presentasjon av litteratur | 9 |
| 2.4 Kildekritikk | 9 |
| 3. Sykepleiefaglig perspektiv og teoretisk grunnlag | 11 |
| 3.1 Travelbee | 11 |
| 3.1.1 Mellommenneskelige forhold | 11 |
| 3.1.2 Kommunikasjon | 11 |
| 3.1.3 Kunnskap | 12 |
| 3.2 Aktuelle juridiske føringer og etikk | 12 |
| 3.2.1 De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere | 12 |
| 3.2.2 De fire prinsippers etikk | 12 |
| 3.2.3 Lovverk | 12 |
| 3.3 Den rusavhengige som pasient | 13 |
| 3.4 Smerter | 14 |
| 3.4.1 Smerteopplevelse | 15 |
| 3.4.2 Smertefysiologi ved akutt smerte | 15 |
| 3.5 Smertelindring til rusavhengige | 15 |
| 3.5.1 Kartlegging av smerte | 17 |
| 4. Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus? | 18 |
| 4.1 Kommunikasjon er sentralt | 18 |
| 4.2 Kunnskap er viktig for sykepleieutøvelsen | 20 |
| 4.3 Kartlegging er et viktig verktøy | 24 |
| 4.4 Holdninger har betydning | 26 |
| 5. Avslutning | 30 |
| Referanseliste | 31 |

1. Innledning

Misbruk av rusmidler fører til store sosiale og helsemessige problemer for mennesker og samfunn i mange land og den norske Folkehelse rapporten (Skogen, Handal, Nesvåg & Skurtveit, 2014) antar at mellom 10 og 20 prosent av den norske befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Skogen et.al, 2014). Det er anslått globalt at 15-21 millioner mennesker misbruker opioider, og selv om utbredelsen er relativt liten globalt, er opioidavhengighet en form for ruslidelse som er en utfordring for helsevesenet i land over hele verden grunnet tilhørende omfattende skadelige effekter på helsen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Inntak av illegale rusmidler er forbundet med høy sykkelighet, en økt forekomst av infeksjon og rusmiddelrelaterte sykdommer og skader og rusmiddelbrukere er ofte utsatt for traumer som kan gi opphav til akutt smerte (Den Norske Legeforening, 2009; Li, Undall og Nåden, 2012; Weiss, McCoy, Kluger & Finkelstein, 2004). Pasientgruppen vil derfor være å finne på flere avdelinger i sykehus (Faria da Cunha, 2015; Skogen et.al., 2014).

En spesielt krevende utfordring i møtet med denne pasientgruppen er smertebehandling (Li et al, 2012; Morgan & White, 2009). Forskning viser at til tross for en betydelig bedring i kunnskap om smerter, effektive analgetika og metoder for smertelindring, viser det seg at opptil halvparten av norske pasienter ikke får den smertelindringen de trenger (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Utilfredsstillende smertelindring i sykehus er godt dokumentert og problemet viser seg å forsterkes når pasienten har en rusavhengighet, spesielt dersom de er avhengige av opioider (Danielsen et. al., 2016; Morgan & White, 2009). Kompleksiteten av smertelindring hos pasientgruppen ligger i at rusmisbruket fører til endringer både nevrofysiologisk og sosialt (Li, et.al., 2012). Disse endringene er med på å forsterke smerteopplevelsen og komplisere tilstrekkelig smertelindring.

Effektiv behandling av smerte er nødvendig både av humanitære årsaker og for å forhindre tilbakefall og selvmedisinering med ulovlige innhentede opioider (Fredheim, Borchgrevink, Nordstrand, Clausen & Skurtveit, 2011). Ukontrollert smerte har et mylder av negative helsemessige konsekvenser som påvirker livskvaliteten (Faria da Cunha, 2015). Det kan føre til blant annet økt hjertefrekvens, systemisk vaskulær motstand, redusert bevegelighet, tap av styrke, forstyrret søvn, angst og ubehag. I tillegg til at utilstrekkelig lindring av smerte gir

unødvendig lidelse og reduserer livskvaliteten, kan mangelfull smertebehandling fra sykehusets perspektiv være en årsak til lengre sykehusinnleggelser, reinnleggelser, hyppige lege- og legevaktbesøk (Morgan & White, 2009).

Min bacheloroppgave tar for seg hvordan sykepleieren gjennom sitt arbeid i somatisk avdeling på sykehus kan bidra til at den opioidavhengige pasienten får optimal smertelindring under sitt opphold der.

1.1 Bakgrunn

I rammeplanen for sykepleieutdanningen står det skrevet at formålet med utdanningen er å utdanne yrkesutøvere kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid, som innebærer å tilegne seg kompetanse innen pleie, omsorg og behandling; hjørnesteinene i sykepleieutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Kompetansen skal bidra til at man som sykepleier møter den enkelte pasient med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet, og blant annet lindrer lidelse og forhindrer at komplikasjoner og tillegglidelser oppstår. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie understreker akkurat det samme og sier at «grunlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011, s. 7). I løpet av mine praksisperioder på sykepleiestudiet har jeg selv opplevd, og hørt flere historier om, rusavhengige innlagt på sykehus som er møtt med dårlige holdninger og for lite kunnskap rundt deres situasjon. Som en konsekvens av dette har de blant annet ikke fått adekvat smertelindring under oppholdet. Det er ikke bare min erfaring som viser til dette. Forskningen som omhandler smertebehandling av pasienter med rusavhengighet begrenset, men utilfredsstillende smertelindring til pasientgruppen i sykehus er godt dokumentert (Li et.al., 2012). Rusreformen ble innført i 2004 for å gi rusavhengige et bedre og mer integrert behandlingstilbud med samme pasientrettigheter som andre pasientgrupper (Lossius, 2010). Selv om forskning også viser til at helsepersonell oppgir å ha gode kunnskaper om rusavhengighet og hyperalgesi, får pasientene i praksis ikke mer analgetika enn andre pasienter som ikke er avhengige av rusmidler. Det at pasienter med rusmiddelproblemer har det samme kravet på god behandling som andre (Den Norske Legeforening, 2009), og forskning viser til manglende samsvar mellom kunnskap og anvendelsen av den, har gjort meg ekstra søkende rundt dette temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Temaet for oppgaven omhandler smertelindring til rusavhengige, og problemstillingen jeg har satt meg er: *«Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus?»*

Grunnet oppgavens omfang, har jeg satt noen begrensninger i besvarelsen på problemstillingen.

I litteraturen brukes begrepene rusmisbruker og rusavhengig om hverandre, med noe ulik betydning. Jeg har valgt å benytte meg kun av begrepet rusavhengig i min oppgave til tross for at litteraturen bruker begge deler, da oppgaven hovedsakelig handler om møtet mellom sykepleier og pasient, holdninger og kunnskap hos sykepleieren, og pasientens egenerfaring i møtet med helsevesenet for lindring av smerte, uten stort fokus på definisjonene av avhengighet og misbruk. Dataene jeg har benyttet meg av er overførbare uansett hvilket begrep som er brukt om pasientgruppen. I denne oppgaven refererer rusavhengig til opioidavhengig. Oppgaven tar altså for seg pasienter som er avhengige av opioider, da som et rusmiddel, ikke opioider forskrevet basert på smertelindring. Jeg har valgt opioider som rusmiddel, siden det ved gjentatt bruk er sterkt avhengighetsskapende og langvarig bruk av opioider øker sjansen for somatisk sykdom (Skogen et al., 2014). Misbruk av opioider medfører også fysiologiske endringer som endrer smerteopplevelsen og utfordrer smertebehandling.

Oppgaven tar for seg akutte smerter. Dette er grunnet i målbarheten til smertetyper, ved at akutte smerter avtar når årsaken leges og kan være fysiologisk synlige gjennom økt puls, hurtigere åndedrett, forhøyet blodtrykk, utvidede pupiller og svetting, samt å unngå ekstra kompleksitet ved å måttet ta hensyn til kroniske sykdommer som kroniske smerter ofte er forbundet med (Danielsen et.al., 2016).

Aldersspennet fra 18 til 64 år er satt for at oppgaven skal omhandle voksne, med nedre grense ved myndighet og øvre grense for å eliminere aldersrelaterte plager og sykdommer.

Rusmiddelbruket til pasienten er kjent hos sykepleieren.

Oppgaven har ekskludert ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak grunnet oppgavens omfang.

1.3 Begrepsavklaringer

For å unngå mistolkning av sentrale ord og begreper i problemstillingen defineres de under.

1.3.1 Optimal smertelindring

Analgesi, smertelindring, er i følge Nylenna (2013) tap av smertesansen uten at bevisstheten påvirkes. Opplevelsen av smerte er subjektivt, det er bare den som selv kjenner smerten som kan vite hvordan den føles, og ifølge Rustøen (2007) er den anbefalte definisjonen på smerte «Det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det» (Danielsen et al., 2016; Rustøen, 2007, s. 127).

Dermed er det kun pasienten selv som kan vurdere om smertelindringen er optimal.

1.3.2 Rusavhengig

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer rusmiddelavhengighet som et syndrom bestående av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer, som indikerer at en person har nedsatt kontroll på bruk av rusmidler (WHO, 2010 gjengitt etter Li et.al., 2012).

2. Metode

Metode er en systematisk måte å gå frem på for å samle inn data og kunnskap til å belyse og besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2015, s.76). Metoden beskriver altså hvordan dataen i oppgaven er hentet inn, med den hensikt at leseren skal kunne gjenta de trinnene en har gjort og komme til samme konklusjon.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er utformet som et litterært studie. Data samles inn fra skriftlige kilder, vurderes kritisk og oppsummeres (Thidemann, 2015). Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som allerede finnes om temaet knyttet til problemstillingen som stilles i oppgaven, ikke komme med ny kunnskap. All data innhentet til oppgaven er sekundærdata, data samlet inn av andre, og jeg har benyttet meg av både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning hentet fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek og medisinske databaser.

2.2 Litteratursøk

Teori og forskning danner grunnlaget for oppgaven.

For å finne relevant faglitteratur har jeg i tillegg til å gå gjennom pensumlitteratur, søkt etter selvvalgt litteratur i skolens søkemotorer BIBSYS og Oria. Søkeordene som ble brukt i forskjellige kombinasjoner eller alene, var rus, rusavhengig, smerte, smertelindring, opioider og sykepleie. Å finne litteratur som knytter disse søkeordene direkte sammen har vært en utfordring, derfor har jeg også brukt litteratur som omhandler noen av enkelttemaene.

I min søken etter fag- og forskningsartikler har jeg brukt de medisinske databasene Cinahl, PubMed og Sykepleien Forskning for å finne gode og oppdaterte kilder. Søkeordene substance abuse, opioid addiction, pain management, analgesia, secondary health care, hospital, analgesics, pain relief, drug abuse, drug addiction, substance dependence, addictions nursing, pain drug therapy, patients with drug abuse, nursing, smertelindring og rusavhengige ble brukt i forskjellige kombinasjoner. For å sikre at artiklene var oppdaterte og troverdige, avgrenset jeg søkene med artikler publisert etter 2007 og fagfelleverderte, med unntak av én artikkel fra 2006 begrunnet i «2.4 Kildekritikk». Noen av artiklene jeg fant i Cinahl var ikke tilgjengelige i fulltekst. Disse fikk jeg tilgang på gjennom Google Scholar. Ved hjelp av

artiklene jeg har funnet, har jeg videre søkt i deres litteraturlister for å finne relevant litteratur til min oppgave.

2.3 Presentasjon av litteratur

I min søken etter forskningsartikler har jeg vært ute etter artikler hvor fokuset enten har vært på hvordan rusavhengige opplever smertebehandlingen eller hvordan sykepleierne opplever arbeidet med smertebehandling hos denne gruppen pasienter. Av artikler har jeg brukt «Substance users' perspective of pain management in the acute care environment» (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012) og «Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief» (Morgan, 2006) som henholdsvis er en blandingsstudie og en kvalitativ studie som tar for seg rusmisbrukerens perspektiv på pasientrollen, samt «Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain» (Morgan, 2014), «Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study» (Krokmyrdal & Andenæs, 2015) og «Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus» (Li et.al., 2012) som tar for seg sykepleieres perspektiv på behandling av smerte hos pasientgruppen, den første gjennom kvalitativ metode og de to siste gjennom kvantitativ metode.

I min søken etter fagartikler har jeg vært ute etter å finne artikler som kunne gi teoretisk grunnlag og gi gode synspunkter i drøftningsdelen. Jeg har benyttet meg av «Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse» (Faria da Cunha, 2015) som belyser de etiske sidene av behandlingen av rusavhengige i sykehus, «Managing Pain in Patients with Co-Occurring Addictive Disorders» (Morgan & White, 2009) som inneholder definisjoner og god litteratur som belyser flere sider av temaet, og «American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients with Substance Use Disorders» (Oliver et.al., 2012) og «Acute pain management in the opioid-tolerant patients» (Bourne, 2010) som begge tar for seg utfordringer ved smertelindring av rusavhengige, hvordan sykepleieren bør tre frem og arbeide, og gir anbefalinger for å optimalisere omsorgen for pasientene. I tillegg belyser artikkelen til Oliver et. al. (2012) stigma og vanlige misoppfattelser.

2.4 Kildekritikk

Jeg har brukt to forskningsartikler fra Norge (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et.al., 2012). Utvalget i disse artiklene er henholdsvis 98 og 274 sykepleiere, noe som er relativt lite, samt at begge artiklene er enkeltstudier, men grunnet lite forskning på feltet, samt at de er fra

Norge, har jeg valgt å inkludere dem. For å komplementere den norske forskningen har jeg brukt en del utenlandske artikler, fra både USA, Storbritannia og Australia. Jeg er innforstått med at den direkte overføringsverdien kan være redusert, men siden funnene i begge de norske artiklene er relativt like med funnene i de utenlandske, kan de likevel ha en overføringsverdi til min oppgave.

Betty D. Morgan er forfatter i tre av artiklene jeg har benyttet. Hun står som eneste forfatter i to av artiklene, Morgan (2006; 2009). I den siste, Morgan & White (2009), er hun medforfatter. Jeg har valgt å inkludere alle tre artiklene, da de to første presenterer henholdsvis pasientperspektivet og sykepleierperspektivet, mens den siste er en litteraturgjennomgang av temaet.

Jeg har valgt å bruke nyere og oppdaterte artikler i min oppgave, med unntak av Morgan (2006) som er 11 år gammel. Grunnen til at jeg har valgt å inkludere den er at det finnes lite forskning på pasientens perspektiv innenfor oppgavens tema, samt at artikkelen ofte refereres til i nyere artikler og dermed er en primærkilde.

Forfatteren Randi Andenæs er også representert i begge de norske artiklene, men begge disse er også inkludert da min oppgave tar for seg pasienten man møter i sykehus i Norge, samt at det som nevnt er lite forskning på feltet i Norge.

De tre artiklene som presenterer sykepleierperspektivet hadde som inklusjonskriterie at sykepleierne skulle ha erfaring med eller ofte omgang med pasientgruppen. Jeg anerkjenner at funnene i studiene kan påvirkes av dette og at utfallene kunne vært annerledes om det ikke hadde vært et kriterie.

Aldersspennet hos deltakerne i artiklene som ser på pasientperspektivet var fra 18 år og eldre. Jeg anerkjenner at den store aldersforskjellen i deltakergruppen medfører forskjeller i forventninger til behandling, behov og tidligere erfaringer med helsevesenet, og at pasientene kan handle ulikt basert på dette.

Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1999) er en oversettelse fra originalen skrevet av Travelbee i 1971 og vil dermed kunne være påvirket av oversetterens egen tolkning av innholdet.

3. Sykepleiefaglig perspektiv og teoretisk grunnlag

I dette kapittelet belyses den teoretiske kunnskapen som er relevant for problemstillingen. Først gjennomgås det sykepleiefaglige perspektivet, med en beskrivelse av Joyce Travelbees sykepleieteori, menneske-til-menneske-forhold og vektlegging av enkeltindividet, etterfulgt av etiske og juridiske perspektiver. Deretter følger en presentasjon av den rusavhengige som pasient inkludert beskrivelse av opioider og fysiske endringer som følge av rusmiddelbruk. Kapittelet avsluttes med en teoretisk gjennomgang av smerter og smertebehandling.

3.1 Travelbee

Joyce Travelbee (1999) er en sykepleieteoretiker som vektlegger enkeltindividet i sine sykepleieteorier. I følge Travelbee er sykepleieres mål og hensikt å hjelpe enkeltindivider med å forebygge og mestre sykdom og lidelse. Dette kapittelet er delt i tre underkapitler som kort presenterer hennes syn på mellommenneskelige forhold, kommunikasjon og kunnskap.

3.1.1 Mellommenneskelige forhold

For å oppnå sykepleierens mål og hensikt, må det ifølge Travelbee (1999) etableres et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). Hun forklarer dette forholdet som en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og pasienten, med det vesentlige kjennetegnet at opplevelsene og erfaringene ivaretar pasientens sykepleiebehov individuelt. Menneske-til-menneske-forhold synonymt med gjensidig forståelse og kontakt. Både sykepleieren og pasienten skal oppfatte og forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer, og reell kontakt oppstår når man opplever hverandre som mennesker. Menneske-til-menneskeforhold i sykepleiesituasjonen er virkemiddelet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Alle sykepleierens aktiviteter og funksjoner bidrar til dette. All kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, kan være et skritt på veien mot menneske-til-menneske-forholdet. Det gjelder særlig hvis hun ved hvert møte går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og å finne fram til og ivareta behovene hans.

3.1.2 Kommunikasjon

Joyce Travelbee (1999) fremhever at et hvert møte mellom sykepleieren og pasient inneholder kommunikasjon mellom dem, bevisst eller ubevisst, både når de samtaler og er tause (Travelbee, 1999). Pasienten kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, sin atferd, sin holdning og sine ansiktsuttrykk, manerer og gester, sykepleieren det samme ovenfor pasienten.

3.1.3 Kunnskap

Den profesjonelle sykepleieren har den utdanningsbakgrunnen, de ferdighetene og den innsikten som behøves for blant annet å kunne hjelpe enkeltindividet med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse effektivt og kompetent (Travelbee, 1999). Profesjonen har en dyp innsikt og evne til umiddelbart å kunne bedømme en situasjon og det endelige målet på sykepleierens kompetanse er i hvor stor grad hensikten og målet er oppnådd.

3.2 Aktuelle juridiske føringer og etikk

I dette kapittelet presenteres det etiske perspektivet og relevant lovverk.

3.2.1 De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene, som er utarbeidet av Norsk Sykepleieforbund, bygger på [International Council of Nurses](#) etiske regler og menneskerettighetserklæringen til Forente Nasjoner og beskriver gjennom seks kapitler sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleiepraksis (NSF, 2011). Retningslinjene innledes med sykepleiens grunnlag, som lyder som følgende: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (NSF, 2011, s.7).

3.2.2 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk er et praktisk-etisk rammeverk bestående av de fire likeverdige prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, som hver for seg er definert som plikter; plikten til å gjøre godt mot andre, plikten til ikke å skade andre, plikten til å respektere autonome personers beslutninger og plikten til å behandle like tilfeller likt (Brinchmann, 2016, s.85). Dette innebærer blant annet at man som sykepleier skal tilstrebe å handle godt for pasientene og beskytte pasientene mot behandling som kan gjøre skade (Brinchmann, 2016). Avhengig av situasjon, tilegner man de forskjellige prinsippene ulik vekt basert på hvilken vekt de ulike elementene i situasjonen gis. Vi er forpliktet til å følge et prinsipp som tilegnes stor vekt, men dersom det oppstår konflikt mellom prinsipper og et prinsipp må tilsidesettes, må konsekvensen av tilsidesettelsen gjøres minst mulig.

3.2.3 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den

enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket.

Helsepersonelloven (1999). Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

3.3 Den rusavhengige som pasient

I kapittel 1.3.2 ble begrepet rusavhengighet definert som et syndrom bestående av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer, som indikerer at en person har nedsatt kontroll på bruk av rusmidler (Li et.al., 2012). Videre fra dette forklarer Verdens helseorganisasjon (2010) rusmiddelavhengighet som en tvang til gjentakende å ta et foretrukket psykoaktivt stoff som gir en rus hos brukeren (WHO, 2010). Den nedsatte kontrollen på bruk av rusmiddelet kan få en dominerende rolle i livet til vedkommende, på bekostning av andre aktiviteter og ansvar. Bruken kan medføre en manglende evne til å kontrollere impulser, svekkelse i atferdskontroll, redusert anerkjennelse av betydelige problemer med ens atferd og mellommenneskelige relasjoner, og en dysfunksjonell følelsesmessig reaksjon (Oliver et.al., 2012). I denne oppgaven er rusmiddelet som nevnt i innledningen opioider.

Opioider er en gruppe stoffer som enten er direkte utvunnet fra opiumsvalmuen, varianter av disse stoffene, eller kunstig fremstilte stoffer med tilsvarende virkning (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016). Felles for disse stoffene er at de fester seg til opioid-reseptorer på celleoverflaten i kroppen. Virkningen avhenger av inntaksmåte, dose, tilvenningsgrad og miljøet de inntas i. Den smertestillende effekten dominerer dersom brukeren på forhånd har sterke smerter, hvis man ikke har slike, vil stoffene først og fremst gi en følelse av rus og velvære. Opioider er svært vanedannende og etter kontinuerlig bruk i en til to uker sees typiske toleranse- og abstinensfenomener (Slørdal, 2016). Noen opioider er forbundet med høyere dødsrisiko ved inntak enn andre, men de fleste opioider, naturlige så vel som halvsyntetiske eller syntetiske, kan brukes i doser som forårsaker dødsfall (Skretting et.al., 2016). De fleste opioidene kan redusere den kritiske sansen, øke risikovilligheten og skape sosiale problemer og helseskader. Langvarig og høyt forbruk vil føre til at den rusavhengige oftest blir preget både fysisk og psykisk.

Fysisk gir langvarig bruk av opioider en endring i sentralnervesystemet, som blant annet kan vises i økt toleranse for opioider, hyperalgesi, redusert smertetoleranse og abstinensreaksjoner ved opphør av opioidtilførsel (Li et.al., 2012; Morgan & White, 2009).

Toleranse er en fysiologisk respons der eksponering av et medikament, her opioider, induserer endringer, en tilpasning, som resulterer i en reduksjon av stoffets virkninger (Faria da Cunha, 2015). Tilvenningen for opioidenes virkninger kan utvikle seg raskt, men vil variere fra person til person (Skretting et.al., 2016). Viktige faktorer for utvikling av toleranse er blant annet størrelsen på dosen og hvor ofte stoffet inntas. En som bruker opioider jevnlig, vil tåle høyere doser enn en som bruker slike stoffer av og til. Dette medfører blant annet at pasienter som har misbrukt opioider, trenger en betydelig høyere dose opioider ved smertelindring, enn de som ikke misbruker medikamentene (Bourne, 2010).

Hyperalgesi er økt følsomhet i de nociseptive fibrene i et område som oppstår grunnet endringer i sentralnervesystemet (Danielsen et.al., 2016; Li et.al., 2012). Langvarig tilførsel av opioider er en av årsakene til denne endringen (Li et.al., 2012). Hyperalgesi kjennetegnes ved senket smerteterskel og en unormalt økt følsomhet for smerte (Morgan & White, 2009).

En annen fysiologisk respons som følge av kronisk bruk av opioider er fysisk avhengighet (Faria da Cunha, 2015). Den fysiske avhengigheten innebærer en oppregulering av opioidreseptorer, som medfører at fravær i tilførsel av opioider vil skape en abstinensreaksjon (Fredheim et.al., 2011). De vanligste abstinenssymptomene ligner symptomene ved influensa, med følelse av ubehag, muskelverk og frysninger (Skretting et.al., 2016). Uro og rastløshet kan også forekomme, i noen tilfeller med mer eller mindre ledsaget av angstfølelse. I sjeldne tilfeller kan en få mer alvorlige symptomer som blodtrykkproblemer og diare eller oppkast som varer i mer enn to til tre dager. Abstinenser kan forsterke hyperalgesi, som nevnt over er påvist hos denne pasientgruppen (Den Norske Legeforening, 2009; Li et.al., 2012).

Forskning viser at denne pasientgruppen ofte er i fare for at deres smerte blir undervurdert og underbehandlet mens de er innlagt i sykehus (Bourne, 2010; Li et.al, 2012;).

3.4 Smerter

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av vevsødeleggelse (Danielsen et.al, 2016, s.383). Forskning som beskriver pasientens perspektiv er like viktig for

god forståelse av smerte, som kunnskap om fysiologiske virkningsmekanismer (Danielsen et.al., 2016 s.382).

3.4.1 Smerteopplevelse

Opplevelsen av smerte er personlig og sammensatt, påvirket av en rekke faktorer (Danielsen et.al, 2016). Den springer ut av vår eksistens om mennesker (Hillestad, 2007). Noen faktorer vil forverre smerteopplevelsen, andre vil redusere den, og det varierer fra person til person og situasjon til situasjon (Danielsen et.al., 2016). Smerteopplevelsen er altså høyst subjektiv (Rustøen, 2007).

3.4.2 Smertefysiologi ved akutt smerte

Akutt smerte oppstår ved plutselig vevsskade. Når vev ødelegges, sendes det signaler fra det skadde vevet som registreres av spesialiserte reseptorer, nocireseptorer, i den distale delen av nervefibrene (Danielsen et.al, 2016). Signalene transporters videre via fibre gjennom ryggmargen, opp til thalamus, hvor de blir tolket som smerte. Myeliniserte nociseptive fibrer oppfanger informasjon som gir stikkende, sterke og overflatiske smerter som kommer raskt, og som er kortvarige. Ikke-myeliniserte fibrer oppfatter dype, brennende eller borende smerter som kjennes mindre brå og som er langvarige. Akutte smerte er kortvarige og avtar når årsaken til smerten leges.

Akutte smerter kan gi negative fysiologiske reaksjoner, disponere for komplikasjoner og forlengelse av sykdomsforløp og gi varig mén. Viktig å behandle effektivt både for å lindre lidelse og for å redusere de uheldige virkningene smerten kan ha på de ulike organsystemene. Utvikling av kronisk problem (Danielsen et.al., 2016). Akutte sterke smerter kan føre til uheldige reaksjoner som igjen disponerer for komplikasjoner, forlengelse av rehabiliteringsfasen og varig mén (Den Norske Legeforening, 2009, s.14). Også derfor må akutt smerte behandles effektivt.

Akutte smerteanfall kan også være uttrykk for psykiatrisk lidelse (Den Norske Legeforeningen, 2009).

3.5 Smertelindring til rusavhengige

I henhold til de yrkesetiske retningslinjer (2011) har sykepleieren et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, med en fundamental plikt til å lindre lidelse.

Den norske legeforening (2009) har satt to viktige forutsetninger for tilstrekkelig smertelindring; at hovedmålet med smertebehandlingen er klar for alle behandlere og at behandlerne har tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen, hvordan de forebygges og behandles, i tillegg til at holdninger og ferdigheter hos behandlingsapparatet også vektlegges (Danielsen et.al., 2016).

Smertelindring av pasienter med en opioidavhengighet er ofte komplekse og utfordrende (Bourne, 2010). Sentralt i behandling av akutt smerte hos denne pasientgruppen står i tillegg til effektiv smertelindring, å forebygge abstinenssymptomer (Bourne 2010; Li et.al., 2012). For å lykkes med effektiv smertelindring av opioidavhengige er man avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid, om mulig med rusfaglig og eventuelt psykiatrisk kompetanse (Den Norske Legeforening, 2009; Li et.al, 2012; Rustøen, 2007). Sykepleieren har en viktig nøkkelrolle i dette samarbeidet på grunn av sin nærhet til pasienten (Li et.al., 2012). I følge Rustøen (2007) har sykepleieren tre ansvarsfunksjoner når smerte skal lindres, en administrativt, en delegert og en selvstendig funksjon (Rustøen, 2007). For å ivareta helheten i smertebehandlingen er sykepleieren et bindeledd mellom de ulike faggruppene, det administrative ansvaret. Det delegerte ansvaret innebærer å administrere forordnet medisinsk behandling fra lege og å håndtere teknisk utstyr forsvarlig og det selvstendige ansvaret innebærer å identifisere smertetilstanden, iverksette aktuell behandling og vurdere effekten av behandlingen.

For å få behandlet de akutte smertene, er hovedprinsippet at basalbehovet for opioider må dekkes (Den Norske Legeforening, 2009). For pasienter som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med metadon eller buprenorfinpreparater skal dosen kontinueres, men det kan være gunstig å dele dosen ved bruk av metadon. Ekstradoser på 10-20 mg kan gis for å behandle den akutte smerten. Dersom pasienten bruker buprenorfin, har andre opioide analgetika redusert effekt fordi buprenorfin har særlig sterk reseptorbinding. Det er mulig å oppnå ytterligere analgetisk virkning med høye doser av opioider med sterk reseptorbinding. Det viser seg også at høye doser av ikke-opioide analgetika kan være overraskende effektivt. Som i andre pasientpopulasjoner hjørnesteinen i behandling av akutte smerter er ikke-opioide analgetika som paracetamol og NSAIDs med mindre kontraindikasjoner er til stede (Fredheim et.al., 2011). Parenteralt NSAID kan gi god effekt, men det er også viktig å bruke perorale medikamenter (Den Norske Legeforening, 2009). Lokalanestetika kan være en mulighet. I

innlagte pasienter sterke smerter kan ofte behandles med bruk av instrumentelle metoder som epiduralkatetre eller kontinuerlige perifere nerve blokker (Fredheim et.al., 2011). Raskt innsettende smerteintensitet kan kreve andre opioider intravenøst og supplerende opioid kan gis for å behandle den akutte smerten (Den Norske Legeforening, 2009; Soma-gruppen, 2006).

3.5.1 Kartlegging av smerte

Det er umulig å etterprøve og vertifisere holdbarheten i pasientens opplevelse av smerter (Danielsen et.al., 2016). Uten målbare tegn på smerter kan sykepleieren egentlig ikke vite om pasienten har smerter eller om han simulerer. En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter gjør smertene målbare og danner dermed grunnlaget for planlegging, iverksetting og evaluering av en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. Hjelpemidler som vurderingsskalaer og -skjemaer kan supplere hverandre når det gjelder beskrivelse av smertens kvalitet og styrke. Endimensjonale skalaer, som for eksempel visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS), verbal skala (VRS) og ansiktsskala (FRS), måler kun smerteintensitet. Flerdimensjonale, som for eksempel McGill Pain Questionnaire (MPQ), måler hvordan smerten påvirker pasienten i tillegg til smerteintensiteten. Ved hjelp av disse kartleggingsverktøyene er kan pasienten selv gi en pålitelig vurdering av smerten. Pasienten og sykepleieren får også et felles begrepsapparat og individuelle holdninger og oppfatning får mindre betydning.

4. Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus?

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene i artiklene og litteraturen som er presentert i kapitlene over, samt relevant lovverk og etikk, for å besvare oppgavens problemstilling «Hvordan kan sykepleieren bidra til optimal smertelindring hos rusavhengige innlagt på sykehus?».

Drøftingskapittelet er delt i fire deler ut ifra det som blir vektlagt i litteraturen; kommunikasjon, kunnskap, kartlegging og holdninger.

4.1 Kommunikasjon er sentralt

Joyce Travelbees sykepleieteori (1999) sier at man kommuniserer i alle møter med andre individer, enten om det er verbalt eller nonverbalt, og at man signaliserer noe gjennom utseende, holdninger og atferd (Travelbee, 1999). I interaksjonen mellom sykepleier og pasient får sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten og danne menneske-til-menneske-forholdet med gjensidig forståelse og kontakt, slik at sykepleieren lettere blir i stand til å forstå hva pasienten kommuniserer og kan bruke informasjonen i planleggingen av behandlingen.

At oppretting av et gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og den rusavhengige pasienten er viktig, understrekes i at det er et overordnet mål i behandlingstilbudet ved norske sykehus (Li et.al., 2012). Ærlighet og gjensidig tillit er viktige faktorer i etablering av relasjonen og i Norge har vi til og med lovverk som skal sikre tillit til helsetjenesten (Morgan & White, 2009; Helsepersonelloven, 1999). Utviklingen av en pasientsentrert tilnærming, ved å involvere pasienten i planen for smertelindring, kan være essensielt i smertebehandlingen av denne pasientgruppen (Faria da Cunha, 2015). Pasientene i Blay et.al. (2012) indikerte selv at smertebehandling krever samarbeid mellom dem og helsepersonellet (Blay et.al., 2012). Som sykepleier skal man ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til å være medbestemmende (NSF, 2011).

Forskning trekker frem at en åpen og ærlig tilnærming mellom pasient og sykepleier er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Bourne, 2010). En profesjonell tilnærming er å tro på pasienten og dermed ikke betvile rapporteringen av smerte (Li et.al., 2012). Som Travelbee (1999) nevner, er det viktig for behandlingen å forstå hva pasienten kommuniserer. Smerte er en kompleks sensorisk og følelsesmessig opplevelse som må vurderes like mye ut

ifra psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer som biologiske faktorer. Rusavhengige har ofte hatt en skadelidende sosialiseringssprosess som kan ha medført mistillit til andre mennesker, grunnet i for eksempel omsorgssvikt eller negative tidligere erfaringer i møtet med helsevesenet. Dermed vil opparbeiding av et gjensidig tillitsforhold være viktig i møte med denne gruppen mennesker i pasientrollen. For det er dessverre indikasjoner på at rusavhengige pasienter ofte har dårlig erfaring med smertelindring i sykehus og kan ha en forventning om å bli mistrodd.

Pasienter som benytter seg av rusmidler er ikke alltid åpne om hvilke typer og doser de bruker (Bourne, 2010). Det er viktig å konversere med pasienten om deres opioidbruk, da dette vil påvirke deres behov for smertestillende medikamenter. Klinisk erfaring viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk dersom helsepersonell viser dem respekt og oppnår tillit (Li et.al., 2012). En tredjedel av de norske sykepleierne i Li et.al. (2012) mente at opioidavhengige pasienter lyver om sitt rusmisbruk, mange opioidavhengige pasienter formidler ikke sitt misbruk fordi de er redde for at deres smerteforbidling skal oppfattes som russøkende atferd. Dersom tillit og respekt etableres, er det sannsynlig at pasientens åpenhet øker og man kan lettere samhandle om administrering av smertelindrende medikamenter for å optimalisere smertelindringen.

Når rusavhengige pasienter holder tilbake informasjon, viser det seg å være med god grunn, da rusavhengige har en tendens til å bli oppfattet som russøkende av sykepleiere (Blay et.al., 2012). Opplevelse av avvisning eller dårlig behandling kan i seg selv gi rusmiddeltrang og dersom man holder igjen medikamenter, spesielt opioider, kan det føre til at pasienten blir aggressiv (Den Norske Legeforening, 2009; Li et.al., 2012). Opplevelsen av en aggressiv pasient vil kunne påvirke behandlingen sykepleieren gir, med et gjensidig mistillitsforhold som resultat (Li et.al., 2012). Pasientgruppen kan også ha subtile abstinenssymptomer som kan trenge å bli behandlet (Morgan & White, 2009). Om man øker oppmerksomheten på abstinensproblemet, eller søker etter å se bakgrunnen for atferdsendringen heller enn å se pasienten som søkende etter rus, vil det styrke forholdet pasienten har til sykepleieren, og mulig redusere en barriere for tilstrekkelig smertelindring (Morgan & White, 2009).

Å ta seg tid til å kommunisere med pasienten om hans smerter er nødvendig for smertelindringen (Danielsen et.al., 2016). Som sykepleier er den viktigste informasjonen man henter inn under kartlegging av en pasients smerter, pasientens egen beskrivelse. Opplevelsen

av smerte er subjektiv og uten målbare tegn på smerter kan sykepleieren egentlig ikke vite om pasienten har smerter eller om han simulerer. Sykepleieren må derfor aktivt prøve å akseptere at det her ikke er en selv, men pasienten selv som er eksperten. Sykepleieren har valget mellom å ha tillitt til eller å tvile på pasientens opplevelse. Hvis en tviler på pasientens utsagn, eller ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte, kan sykepleieren fungere som en effektiv bremsekloss i smertebehandlingen. Når helsepersonell betviler pasientens smerteforbidling, undergraver de pasientens troverdighet (Li et.al., 2012). Kun en fjerdedel av de responderende sykepleierne i Li et.al. (2012) var helt eller nokså enig i at opioidavhengige pasienter forteller sannheten når de formidler smerte. Ved å kommunisere aktivt med pasienten får han mulighet til å uttrykke smertens intensitet, kvalitet og lokasjon, samt å sette ord på hvordan det føles (Danielsen et.al., 2016). De ulike artene av smerte vil kunne reagere forskjellig på ulike legemidler eller kreve forskjellig dosering, så datasamling gjennom kommunikasjon vil kunne være med på å bedre smertelindring.

4.2 Kunnskap er viktig for sykepleieutøvelsen

Helsepersonells kunnskaper om smertelindring, avhengighet og sammenhengen mellom disse kan påvirke omsorgen som blir gitt, der mangelfulle kunnskaper om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandlingen viser seg å være en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et.al., 2012; Morgan & White, 2009;). Smertebehandling hos pasienter som er avhengige av opioider har vi sett er en komplisert oppgave som krever et høyt nivå av kompetanse og mange fagfolk føler seg utilstrekkelige når de arbeider med pasienter med avhengighet som er i smerte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2006).

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (NSF, 2011). For å sikre en forsvarlig sykepleieutøvelse, understreker de yrkesetiske retningslinjene at sykepleie skal baseres på kunnskap hentet fra forskning, erfaring og brukeren. Dette innebærer at man skal holde seg faglig oppdatert, kjenne sine begrensninger og søke bistand når ens egen kompetanse ikke er tilstrekkelig. Gjennom Helsepersonelloven (1999) § 4 om forsvarlighet, plikter man seg som sykepleier til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, at man skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, innhente bistand og samhandle med annet kvalifisert personell dersom behovet tilsier det. Som sykepleier skal man altså kjenne til sine begrensninger og har plikt i å

søke råd og bistand. Den Norske Legeforenings retningslinjer for smertebehandling (2009) understreker faktisk at smertebehandling til pasienter med rusmiddelproblemer alltid bør skje i samarbeid med rusfaglig og eventuelt psykiatrisk kompetanse.

Selvrapportert kunnskapsnivå hos sykepleierne i forskningen til Li et.al (2012) ble satt til å være lavt til middels. I forskningen til Krokmyrdal og Andenæs (2015) var resultatet at et stort flertall av sykepleierne følte de hadde utilstrekkelig kompetanse til å ta vare på pasienter med en opioidavhengighet. Disse nyere norske forskningsartiklene er i samsvar med den amerikanske artikkelen fra 2006 (Morgan, 2006).

Travelbee (1999) trekker frem at sykepleiere med sin utdanningsbakgrunn, sine ferdigheter og sin innsikt har det som skal til for effektivt og kompetent utøve sykepleiefaglige handlinger for å hjelpe syke individer. Mye har vært skrevet om mangel på opplæring i både smerte og avhengighet for helsepersonell, og at manglende kunnskap er en barriere for tilstrekkelig smertelindring (Morgan & White, 2009). Funnene i Krokmyrdal og Andenæs (2015) viste at den viktigste innflytelsen på deltakende sykepleiernes kompetanse var erfaring fra arbeidsplassen og kollegaer. Tidligere forskning viser også at helsepersonell er lojale mot sine kollegers holdninger og at erfaring på arbeidsplassen er en viktig faktor som bidrar til kompetanse. Å stole blindt på kolleger eller bygge kompetanse på deres erfaring kan være en risikabel strategi dersom det ikke er ordentlig organisert. Kompetansen man tilegner seg er basert på kvaliteten som ligger i erfaringen, om kompetansen ikke oppfyller akseptable standarder, er det en risiko for at denne erfaringen kan reproducere kompetanse med uakseptable standarder på arbeidsplassen.

Sykepleieutdanningen ble identifisert som en verdifull kunnskapskilde i tidligere forskning, men 89,8 % av deltakerne i Krokmyrdal & Andenæs (2015) studie så ikke utdanningen som en stor bidragsyter til deres kompetanse. I rammeplanen for sykepleieutdanningen står det skrevet at formålet med utdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4). Med kompetansen skal man møte den enkelte pasient med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet, og ivareta pasientens grunnleggende behov, som innebærer blant annet å lindre lidelse og å forhindre at komplikasjoner og tilleggslidelser oppstår. Den grunnleggende kunnskapen som undervises i utdanningen er imidlertid ikke tilstrekkelig i praksis i følge Krokmyrdal & Andenæs (2015). De trekker også frem at det er tvilsomt om den grunnleggende utdanningen gir studentene

tilstrekkelig kompetanse til å gi riktig smertebehandling til pasientgruppen de sannsynligvis vil møte ofte i sykehus (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Til tross for at studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) konkluderer med at sykepleiere ikke har den nødvendige kompetansen til å gi smertebehandling hos pasienter med en opioidavhengighet, mener et stort flertall av sykepleierne i studien at de kan gjenkjenne smerte og at pasientgruppen trenger mer smertestillende enn pasienter som ikke har en opioidavhengighet. Sykepleiere i en studie som ble gjennomført tre år tidligere skårer høyt på kunnskapsspørsmålene om økt toleranse for opioider hos pasientgruppen og deres behov for store doser opioider for å oppnå effekt ved smertelindring (Li et.al., 2012). Når det kommer til utsagnet om at opioidavhengighet fører til overfølsomhet for smerte, mener over halvparten av sykepleierne i Krokmyrdal & Andenæs (2015) at dette stemmer, mens litt under halvparten i Li et.al. (2012) er enige og omtrent like mange sier seg usikre. Jeg stiller meg undrende til den bastante konklusjonen i Krokmyrdal og Andenæs (2015) artikkel, da resultatene i studien rundt kunnskap ikke skiller seg stort fra Li et.al. (2012), men siden konklusjonen er satt ved kompetansenivå og ikke bare god kunnskap rundt rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi, som er områdene sykepleierne i Li et.al. (2012) skårer høyt på, er det likevel forståelig at de har konkludert på den måten. Uansett om man ser utilstrekkelig smertelindring som en uoverensstemmelse mellom faktisk høyt kunnskapsnivå og anvendelsen av denne kunnskapen (Li et.al., 2012) eller kun manglende kompetanse (Krokmyrdal & Andenæs, 2015), får likevel ikke pasientene mer analgetika enn pasienter uten avhengighet. Derfor må det søkes etter flere faktorer som kan påvirke smertebehandlingen av rusavhengige, som vil komplimentere Krokmyrdal og Andenæs (2015) konklusjon om manglende kompetanse.

Både Morgan & White (2009) og Faria da Chuna (2015) avdekker frykt for å forverre avhengigheten som en barriere mot tilstrekkelig smertelindring. Disse funnene er i tråd med tidligere studier, og i Krokmyrdal & Andenæs (2015) vises det at en betydelig del av sykepleierne tror at opioider administrert mot smerte fører til en forverring av avhengighet, til tross for at det ikke er vitenskapelige bevis som indikerer at opioider brukt som smertestillende medikamenter bidrar til å forverre en eksisterende avhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Brukt som rusmiddel og etter gjentatte inntak, er opioider sterkt avhengighetsskapende, men når opioider brukes mot sterke smerter, er det liten fare for utvikling av avhengighet (Skretting et.al., 2016). Denne mangelen på kunnskap hindrer noen

sykepleiere fra å administrere opioider som smertestillende medikamenter (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Den mest alvorlige bivirkningen ved bruk av opioider er respirasjonsdepresjon, noe som legges vekt på i administreringspraksisen og viser til å være en annen barriere mot å administrere medikamentet (Li et.al., 2012). Dog er det vist at opioidsubstitusjon er nødvendig hos pasientgruppen for blant annet å forhindre abstinenser (Li et.al., 2012). Man kan bare forestille seg hvor mye verre smerteprosessen kan bli dersom den blir forverret av abstinenssymptomer (Faria da Cunha, 2015). Det må også tas hensyn til nærvær av de fysiologiske forandringene hos pasientgruppen som gir økt behov for opioider som smertelindrende medikament (Blay et.al., 2012; Bourne, 2010; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). At de krever høyere doser for å smertelindres kan være med på å øke engstelsen mot å administrere legemiddelet hos sykepleieren, da det trekkes frem at på grunn av doseavhengige bivirkninger bør opioider fortrinnsvis gis i kombinasjon med ikke-opioide og opioidsparende analgetika (Fredheim, Borchgrevink & Kvarstein, 2011). På den andre siden sier Norsk Legemiddelhandbøk at smerte stimulerer respirasjonssenteret og vil derfor delvis motvirke opioiders respirasjonshemmende effekt (Borchgrevink & Fredheim, 2016). Ved administrering av opioider, og andre smertelindrende medikamenter, skal sykepleieren observere effekten og endre behandling ved behov (Danielsen et.al., 2016). På denne måten kan sykepleieren være med på å gjøre bruk av opioider som analgetika sikrere både for seg selv og pasienten, og bidra til optimal smertelindring.

Når det kommer til medikamentanbefalinger for pasientgruppen, er det enighet om at opioider som analgetika er hensiktsmessig, både i utenlandsk og norsk litteratur (Blay et.al., 2012; Borchgrevink & Fredheim, 2016; Bourne, 2010). Den Norske Legeforenings retningslinjer for smertelindring (2009) trekker likevel frem at mange har en overdrevet tro på at bare opioider er effektive og at det er viktig med god informasjon om at høye doser av ikke-opioide analgetika kan være overraskende effektivt. I avsnittet over leste vi at opioider fortrinnsvis bør gis i kombinasjon med ikke-opioide og opioidsparende analgetika. Opioider har også bivirkninger som kan føre til et forsinket sykdomsforløp (Danielsen et.al., 2016). Britiske Bourne (2010) viser enighet gjennom å si at opioider er bærebjelken i alvorlige, akutte smerter, men at man ved hjelp av en multimodal smertestillende tilnærming kan bidra til å redusere økende behov for opioider. Blay et.al. (2012) trekker dog frem at administrering av opioider skaper tillit til pasienten, da det oftest vil svare til deres ønsker. 81,7 % av pasientene

i den australske forskningen (Blay et.al., 2012) som fikk forskrevet opioider var tilfreds med behandlingen og 75 % mente at det var effektivt for deres smerter. Dette understreker at opioider er et godt medikamentvalg, men man skal likevel ikke glemme at den enkeltes pasients smerte skal vurderes nøye, registreres og behandles, og behandlingen skal evalueres og endres ved behov (Danielsen et.al., 2016). Dette gjelder både valg av legemiddel, administrasjonsform, dosering og doseringsintervaller. Et interessant funn i Blay et.al. (2012) var at noen av pasientene presenterte at de antagelig fikk forskrevet feil type smertestillende eller utilstrekkelig dose for deres smerter på det tidspunktet (Blay et.al., 2012) Ved innleggelse mente en tredjedel at administrert analgesi hadde vært effektiv for deres akutte smerter, mens flertallet da oppfattet den som ineffektiv. Med dagene oppfattet de økt effekt. Det viser seg at ved innleggelse ble de forskrevet opioider som en enkelt medisin, mens tilleggsbehandling ble foreskrevet etter et døgn. Flertallet i denne studien var fornøyd med hvordan deres smerte ble håndtert, selv om antallet deltakere som var misfornøyde økte ettersom tiden gikk. Dette kan vise til anbefalingene om at kombinasjonsbehandling kan være bra og at andre faktorer spiller inn på tilfredsheten hos pasienten.

4.3 Kartlegging er et viktig verktøy

Sykepleieutøvelsen omfatter datasamling, observasjon, kartlegging og vurdering, i dette tilfellet av pasientens smerter, samt administrering av medikamentelle og ikke medikamentelle smertelindrende tiltak (Danielsen et.al., 2016). Funnene er utgangspunktet for videre planlegging og behandling. Kartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieroppgave og avgjørende for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring. Ved å kartlegge pasientens smerter grundig, vil man danne et godt grunnlag for videre løp. Kartleggingen vil også ligge til grunn for videre evaluering av effekt og være med på å individualisere behandlingen.

Både litteratur og forskning trekker frem sykepleierens smertevurdering som en potensiell årsak til utilstrekkelig smertelindring. Tidligere studier har vist at sykepleiere kan ha en tendens til å vurdere smerter som mindre intense hos rusavhengige sammenlignet med smerte rapportert av pasienter med andre medisinske tilstander (Krokmyrdal & Andenæs, 2015), til tross for at det er vist at pasientgruppen kan ha en sterkere smerteopplevelse, ved at bruk av opioider kan føre til økt smerte og økte smertestillende krav (Morgan & White, 2009; Bourne, 2010). Forskning viser ikke bare at helsepersonell ofte undervurderer pasientens smerte, men at de i tillegg ikke er gode nok til å kartlegge den (Rustøen, 2007). I de faglige retningslinjene

for norske leger framgår det at det er helt essensielt å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å forebygge abstinenser og for å kunne gi adekvat smertelindring (Li et.al., 2012).

I denne oppgaven er rusavhengigheten er kjent hos sykepleieren, men jeg velger likevel å nevne at det er helt essensielt å kartlegge bruks- og avhengighetstype for å forebygge abstinenser og for å kunne gi adekvat smertelindring (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 optimal smertelindring. På lik linje med økt kunnskap, vil en nøyaktig kartlegging redusere muligheten for at sykepleier føler seg manipulert av pasienten. Kun et mindretall av sykepleiere som kartlegger rusmisbruket, en mulig forklaring kan være at sykepleierne manglet kunnskap om hvordan misbruk av opioider påvirker smertefysiologien og smertebehandlingen, og derfor ikke så nytten av denne kartleggingen. Mangel på kartlegging kan føre til feildiagnostisering og underbehandling.

Sykepleiere er generelt for dårlige både til å forstå betydningen av og ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer for å kartlegge pasientens smerter (Danielsen et.al., 2016). Det at et flertall av sykepleiere mangler kunnskap om hvordan opioidmisbruk kan påvirke smertebehandlingen kan bidra til at de ikke ser viktigheten av å kartlegge smerter og være en årsak til at over halvparten i studien til Li et.al. (2012) ikke benyttet seg av kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens smerter (Li et.al., 2012). Manglende kunnskap og uteblitt kartlegging vil altså kunne bidra til underbehandling av smerte.

Ved at sykepleieren implementerer vurderingsskjemaer og –skalaer i kartleggingen av pasientens smerter, gir man pasienten muligheten selv til å gi en målbar vurdering av smerten (Danielsen et.al., 2016). Man får i tillegg et felles begrepsapparat, og individuelle holdninger og oppfatning får mindre betydning. Om man føler vanskeligheter med å vurdere om pasienten virkelig trenger smertestillende medikamenter, eller som flertallet i studien til Li et.al. (2012), betviler pasientens smerteformidling, vil pasientens smertevurdering fra skjemaene og/eller skalaene kunne komplementere sykepleierens egne observasjoner av smertetegn. Akutte smertereaksjoner vil kunne ses fysiologisk som hypertensjon, høy puls, hyppig respirasjon, utvidete pupiller og ved at pasienten svetter (Danielsen et.al., 2016). Ved smerter vil pasienten også kunne vise klare adferdsmessige, verbale og nonverbale tegn og

han kan ta seg til stedet som er smertefullt, ha økt muskeltonus i kroppen, rynke pannen og lage grimaser. Siden kartleggingsverktøy bidrar med pasientens syn på sine smerter på fastsatt målbar måte, gjennom et felles språk, og man eliminerer sykepleierens tolkning av pasientens formidling, bør kartleggingsverktøyene inngå som grunnlag for rutinemessige observasjoner på lik linje med blant annet kontroll av puls, blodtrykk og temperatur (Danielsen et.al., 2016). Dette viser at gjennom å foreta en direkte og indirekte observasjon av tegn på fysiologisk smerte, og å samhandle med pasienten, vil man kunne bidra til å danne grunnlaget for å sette i gang smertelindrende tiltak og bidra til optimal smertelindring, og dermed behovet for nøye vurdering av smerte (Morgan & White, 2009).

Implementering og daglig bruk av vurderingsskjemaer og skalaer kan møte motstand hos sykepleiere da de kan være redde for at det individuelle perspektivet i omsorgen blir borte eller at kartleggingen krever mye tid (Danielsen et.al., 2016). I den norske studien til Li et.al. (2012) oppga under en fjerdedel av sykepleieren at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte. Mangelfull anvendelse av kartleggingsverktøy ble også avdekket i en annen norsk studie publisert året før, Fredheim et.al (2011). Sjelden bruk av kartleggingsverktøy kan henge sammen med manglende rutiner, men det kan også knyttes til stigmatiserende, moralistiske og negative holdninger som helsepersonell kan ha til opioidavhengige (Li et.al., 2012).

4.4 Holdninger har betydning

På lik linje med kunnskapsmangel, må helsepersonells stereotype holdninger og holdningenes påvirkning på deres handlingsvalg vektlegges i leten på årsaker til utilstrekkelig smertelindring til rusavhengige pasienter (Li et.al., 2012). Holdninger kan uttrykke ens sentrale verdier, de er relativt stabile og har ulik grad av endringspotensial, der kunnskap er en viktig faktor i dannelse og endring av dem. Manglende kunnskap, som belyses i kapitlene over, kan dermed være en negativ påvirkning på sykepleierens holdning til pasientgruppen. Negative holdninger til rusavhengige pasienter, som både litteraturen og forskning beskriver forekomsten av, viser seg å påvirke omsorgen pasientgruppen mottar negativt, i dette tilfellet smertelindringen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Morgan, 2006).

De fire etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet kan veilede sykepleiere i behandlingen av opioidavhengige (Faria da Cunha, 2015). Rettferdighet er prinsippet som styrer at alle pasienter skal bli behandlet likt. Når rusavhengige pasienter med smerter blir behandlet annerledes enn andre pasienter på grunn av stigma eller stereotypi eller

når sykepleiernes holdninger virker negativt på kompetansen til å smertelindre, forsømmes prinsippet om rettferdighet (Faria da Cunha, 2015; Morgan, 2014). Når sykepleiere ikke gjør smertebehandling en prioritet, ikke administrerer tilstrekkelig smertelindrende medikamenter til pasientene eller ikke argumenterer for nok medisiner til legen i det tverrfaglige samarbeidet, er de skyldige i å forsømme prinsippet om velgjørenhet og prinsippet om å ikke skade (Faria da Cunha, 2015). Å lindre lidelse er også et av sykepleierens ansvar, smerte som ikke behandles er en form for lidelse, så med andre ord sykepleiere er etisk ansvarlig for behandling av smerte (Faria da Cunha, 2015; NSF, 2011).

Sykepleierne i Krokmyrdal & Andenæs (2015) mente at pasientene overdrev sine smerter, var uærlige da de beskrev effekten av administrerte smertestillende medikamenter og ga uriktige opplysninger om sin smerteopplevelse. Resultatene i studien til Li et.al. (2012) viste at over halvparten av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få opioider og så lite som en femtedel var enige eller nokså enig i påstanden om at opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. Dette indikerer at sykepleiernes holdninger har en tendens til å være negative ovenfor pasientgruppen og at helsepersonells holdninger til en viss grad syntes å trekke pasientenes troverdighet i tvil (Li et. al., 2012).

Tendensen reflekteres også i bruken av begrepet russøkende atferd. Ikke bare gjennom at sykepleierens holdninger til klager over smerter kan føre til mangelfull smertelindring, da ønsket om for eksempel medikamenter fra pasienten har en tendens til å bli sett på som russøkende atferd, men at bruken av selve begrepet er stigmatiserende (Morgan & White, 2009). Stigma er forankret i skam og skyld, og det forstyrrer utviklingen av tillit og etablering av en terapeutisk relasjon (Oliver et.al., 2012). Man skal være observant på behovet for den kliniske oppmerksomheten rundt avvikende atferd, men ikke ved å formidle en følelse av stigma. Disse atferdsmønstrene kan ofte være en konsekvens av dårlig smertebehandling, inkludert mangelfull eller forsinket administrering av smertestillende medikamenter (Blay et.al., 2012). I tillegg kan helsepersonells reaksjoner og tidligere negative erfaringer også utløse problematisk eller avvikende atferd. Atferden som ofte blir sett på som russøkende atferd hos sykepleieren, kan også være grunnet i at deres uutholdelige smerte er alt de kan tenke på (Faria da Cunha, 2015). Opplevelsen av smerte er svært individuell og både fysiske og psykiske faktorer spiller inn sammen med pasientens egen historie (Travelbee, 1999). Redselen for smertene i seg selv kan utløse angst og bidrar til at pasienten etterspør smertelindring hyppigere enn den kartlagte smerten vil kunne tilsi (Faria da Cunha, 2015).

Denne adferden kan lett feiltolkes som russøkende adferd fra opioidavhengige.

Abstinensreaksjoner kan også uttrykkes i blant annet angst og uro (Slørdal, 2016). Siden det kan være vanskelig for sykepleieren å skille årsaker til atferden, kan denne forvirringen føre til underbehandling av smerte. Det kan synes som om helsepersonell er redde for å bli manipulert og lurt (Li et.al., 2012). Dette gjelder spesielt ved etterspørsel og foreskrivning av opioider. Da troen om at medikamentønske er russøkende atferd kan det være nødvendig med kunnskap på området, som at årsakene til atferden som beskrives er forankret i annet enn ønske om rus. Kapitlene over trekker frem at kunnskap kan påvirke og endre holdninger, og viser til muligheten for at kunnskapen som trekkes frem i dette kapitlet kan endre sykepleierens holdninger til pasientens adferd.

Tidligere erfaringer fra møter med helsevesenet hos pasienten kan medføre en forventning av negative reaksjoner fra sykepleiere (Blay et.al., 2012). I dagens samfunn kan rusavhengige møtes med utskjelling og straff snarere enn behandling. Pasientgruppen kan opptre aggressivt eller de kan ha begått forbrytelser, noe som kan true sykepleierens selvverdi (Faria da Cunha, 2015). Dette kan øke en tilbøyelighet mot stereotypi og sensitivitet overfor pasientgruppen. En av pasientene i Blay et.al. (2012) forteller følgende: «jeg har hatt sykepleiere som forteller meg at jeg bare er ute etter narkotika og et sted å sove, at jeg bruker systemet og at det ikke ser ut som jeg er i mye smerte. Om man reagerer får man beskjed om at «der er døren»». Noen av sykepleierne i Blay et.al. (2012) trekker frem at man kan ha en tendens til å speile de dominerende verdiene i samfunnet og en av dem uttalte: «man arbeider med de ultimate regelbryterne». Og fra et samfunnsperspektiv er pasientgruppen regelbrytere.

Legemiddelovens (1992) § 22 stadfester at salg, besittelse og bruk av narkotiske stoffer er ulovlig og Narkotikaforeskriften (2013) lister forskjellige typer opioider som narkotiske stoffer. Det at pasienten driver med kriminalitet vil kunne ha en negativ innvirkning på personalets holdninger og dermed føre til utilstrekkelig behandling. Til tross for dette har sykepleieren gjennom et etisk perspektiv ikke noe annet valg enn å behandle alle pasienter som likeverdige.

Pasientene i Blay et.al. (2012) avslører at de viktigste grunnene til misnøye med sin smertebehandling ble relatert til forskrivning av medikamenter og administrasjonspraksis. Oppfattelsen av forsinkelser i medisinerer var muligens et resultat av negative holdninger til dem. I studien til Morgan (2006) trekker alle pasientene frem minst én negativ respons hos sykepleierne når det kommer til holdninger ovenfor dem, verbalt eller nonverbalt.

Sykepleierne i samme studie beskriver hvor vanskelig pasientgruppen er å forholde seg til, samt behovet for ansatte til å ta hensyn til sine egne reaksjoner når de møter pasienter (Morgan, 2006). Motoverføringsreaksjonene som forekommer er de følelsene og væremåtene, bevisst som ubevisst, en pasient vekker hos behandleren. Kanskje om man er mer klar over sine egne holdninger og reaksjoner, det vil redusere negativiteten. Kan øke tilstrebelser etter optimal lindring. Større forståelse av mellommenneskelige konflikter med det som blir kalt vanskelige pasienter kan hjelpe sykepleiere til å utvikle nysgjerrighet (Morgan & White, 2009).

En empatisk sykepleier vil kunne sette seg inn i pasientens situasjon og videre da vil man kunne utvise sympati, hvor man viser et ønske om å hjelpe (Travelbee, 1999). Det er imidlertid viktig å skille mellom sine egne og pasientens behov. Noen av de rusavhengige pasientene opplevde dårlig smertelindring, og trodde dette hadde sammenheng med negative holdninger fra helsepersonellens side (Blay et.al., 2012). Andre, som flere av pasientene i både Blay et. al (2012) og Morgan (2006) anerkjente sykepleierens innsats og så på det at sykepleierne tok deres smerter på alvor og forsøkte å lindre dem, som smertelindrende i seg selv. Pasientene uttrykte altså at smertelindringen ikke bare belager seg på om smerteintensiteten faktisk blir redusert, men også i stor grad på om sykepleieren gjør en innsats i arbeidet med å lindre smertene (Blay et.al., 2012). Negative holdninger kan vises gjennom at man ikke gjør en innsats for pasienten og dermed ikke lindrer smerte tilstrekkelig. Innsatsen som blir trukket frem som smertelindrende her kan da sees på som en virkning av positive holdninger hos sykepleieren. At empatiske og sympatiske sykepleiere som ser pasientens behov og ønsker å hjelpe, har positive holdninger til dem, kan dermed være med på å optimalisere lindringen hos pasientgruppen.

5. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut av hvordan man som sykepleier kan bidra til optimal smertelindring hos den opioidavhengige pasienten i sykehus. Smertelindringen av pasientgruppen er utfordrende fordi misbruket av opioider gir både fysiologiske og sosiale endringer. Når sykepleieren møter den opioidavhengige pasienten med akutt smerte, fremheves forskjellige ferdigheter hos sykepleieren som må være tilstede for at smertelindringen skal kunne bli optimal. Sammenfatningen av forskningen som ligger til grunn for denne oppgaven trekker frem kommunikasjon, kunnskap, kartlegging og holdninger som viktig.

Ut ifra funnene i forskningen kan jeg konkludere med at kunnskap og holdninger er de to overordnede faktorene, og at det er en sammenheng mellom dem. Kunnskap om smerte, smertelindring og avhengighet er viktig for utøvelse av smertebehandling til pasientgruppen, men kunnskap er også med i dannelsen og endringen av ens holdninger. Negative holdninger blir trukket frem som en av årsakene til utilstrekkelig smertelindring, og gjennom aktivt holdningsarbeid hos sykepleieren kan man bryte barrierer som står i veien for optimal smertelindring. Grunnleggende i arbeidet står også kommunikasjon og tillitsbygging, med det å møte pasienten som et menneske og et enkeltindivid som en essensiell faktor. Om man i tillegg benytter seg av kartleggingsverktøy aktivt, for å individualisere og tilpasse smertelindringen til den enkelte pasienten og hans situasjon, vil man som sykepleier kunne bidra til optimal smertelindring.

Referanseliste

- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse* 42(2), 289–297. Doi: 10.5172/conu.2012.42.2.289
- Borchgrevink, P.C. & Fredheim, O.M.S. (2016). L20.1.2. Opioidanalgetika. Norsk Legemiddelhandbok. Hentet 30.03.17 fra <http://legemiddelhandboka.no/?frid=Lk-20-smerter-453>
- Bourne, N. (2010). Acute pain management in the opioid-tolerant patient. *Nursing Standard*, 25(12), 35-39. Doi: [10.7748/ns.25.12.35.s50](https://doi.org/10.7748/ns.25.12.35.s50)
- Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening (2009) Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Faria da Cunha, B. (2015). Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse. *Med-Surg Nursing*, 24(1), 4-7. Hentet 14.12.16 fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2c0dfb98-0bf0-4cd3-a552-157343ec1ac2%40sessionmgr1>
- Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C. & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* 131(18), 1772-1776.
- Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C., Nordstrand, B., Clausen, T., & Skurtveit, S. (2011). Prescription of analgetics to patients in opioid maintenance therapy: A

pharmacoepidemiological study. *Drug and Alcohol Dependence* 116(1), 158-162.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hillestad, A.H. (2007). Den udefinerbare smerten. I A. Aambø (Red.) *Smerter.*

Smerteopplevelse og atferd. (s. 19-40). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

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

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanningen. Hentet 24.02.17

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

Legemiddeloven. (1992). Lov om legemidler m.v. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132?q=legemiddeloven>

Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere

innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* 7(3), 252-260. Doi:

10.4220/sykepleienf.2012.0131

Lossius, K. (2010). Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke (Red.),

Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn (s. 433-445). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Morgan, B.D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers'

Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41. Doi:

10.1016/j.pmn.2005.12.003.

Morgan, B.D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in

Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. Doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004

Morgan, B.D & White, D.M (2009). Managing Pain in Patients with Co-Occurring Addictive

- Disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 20. 41–48. Hentet 18.12.16 fra:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6addb42-2a3e-4a30-adfc-08d90c5a7eef%40sessionmgr4010&vid=4&hid=4201>
- Narkotikaforeskriften. (2013). Foreskrift om narkotika. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-14-199>
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 17.02.17 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nylenna, M. (2013). *Medisinsk ordbok* (7. utg.) Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Oliver, J., Coggins, 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 Manag Nurs*. 13(3), 169–183. doi:10.1016/j.pmn.2012.07.001.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientogbrukerrettighetsloven>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red.) *Smarter. Smerteopplevelse og atferd*. (s. 127-142). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Skogen, J.C., Handal, M., Nesvåg, R., & Skurtveit, S. (2014) Ruslidelser i Norge – (Folkehelse rapporten 2014 nr. 4/2014). Hentet 15.12.16 fra:
<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMBU/Helse%20og%20omsorg/Folkehelse/folkehelse rapporten%202014.pdf>
- Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F. & Lund, K.E. (2016). Rusmidler i Norge. (Statistikkrapport 2016). Hentet 31.03.17 fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Slørdal, L. (2016). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.),

Legemidler og bruken av dem (2. utg. s. 375-384). Oslo: Gyldendal Akademisk

Soma-Gruppen. (2006). Veileder. Behandling av opioidavhengige i somatisk sykehusavdeling. Hentet 20.03.17 fra:

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.

Weiss, L., McCoy, K., Kluger, M., & Finkelstein, R. (2004). Access to and use of health care: Perceptions and experiences among people who use heroin and cocaine. *Addiction research and theory* 12(2) 155-65.

WHO. (2010). Lexicon of alcohol and drug terms. Hentet 24.02.17 fra:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

