



# Smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter

*Hvordan kan sykepleier sørge for adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus?*

Kandidatnummer: 525  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9546  
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel: Smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier sørge for adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven tar utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori. Det er tre aspekter ved omsorgen: det relasjonelle, det praktiske og det moralske aspektet. Videre er det presentert teoretisk kunnskap om juridiske og etiske føringer, rusmiddelavhengighet og smerter.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på forskningsartikler og annen relevant faglitteratur. Noe egenerfaring er inkludert i drøftingskapittelet. Forskningsartiklene ble funnet i databasene PubMed, SweMed+ og forskningsarkivet til Sykepleien Forskning. Relevant faglitteratur er hentet fra biblioteket på Lovisenberg diakonale høgskole og søkemotoren Oria, i tillegg til å se på primærlitteraturen som henvises til i litteraturen. Databasen Lovdata er benyttet for å finne relevante lovverk, og Norsk sykepleierforbund sine sider er benyttet for å finne yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingskapittelet blir problemstillingen drøftet opp mot fag- og forskningslitteratur. Kapittelet er delt inn i fire underkapitler som representerer de ulike områdene litteraturen fremhever: kunnskap, holdninger, kartlegging av smerter og kommunikasjon. De ulike komponentene drøftes opp mot Kari Martinsens omsorgsteori, yrkesetiske retningslinjer, de fire prinsippers etikk og juridiske føringer.</p> <p><u>Konklusjon</u> Litteraturen viser at det er kunnskapsmangler blant sykepleiere når det gjelder smertelindring, smertekartlegging, opioider og rusmiddelavhengige som en pasientgruppe. I tillegg viser forskning at det kan være negative holdninger blant helsepersonell ovenfor rusmiddelavhengige pasienter, og at kunnskap og holdninger påvirker hverandre. Kommunikasjon og pasient-sykepleier-relasjonen er også en viktig komponent i smertebehandlingen. Det er nødvendig med gjensidig tillit for å få til en god behandling. I tillegg er det nødvendig å kartlegge pasientens smerter grundig og regelmessig for å sikre en individuell tilpasset smertebehandling til hver enkelt pasient.</p>	

(Totalt antall ord:300)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	2
1.4	Begrepsavklaringer .....	3
1.4.1	Avhengighet.....	3
1.4.2	Adekvat smertelindring .....	3
1.5	Oppgavens disposisjon.....	3
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1	Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	4
2.1.1	Det relasjonelle aspektet .....	4
2.1.2	Det praktiske aspektet.....	4
2.1.3	Det moralske aspektet.....	5
2.2	Sykepleierens ansvar og funksjonsområder .....	5
2.3	Juridiske føringer og etikk .....	6
2.3.1	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	6
2.3.2	De fire prinsippers etikk .....	6
2.3.3	Juridiske føringer .....	6
2.4	Smerter.....	7
2.4.1	Smertefysiologi ved akutt smerte .....	7
2.5	Rusmiddelavhengighet.....	8
2.5.1	Rusmiddelavhengighet og smerter .....	8
2.6	Kartlegging av smerte.....	8
2.6.1	Kliniske vurderinger .....	9
2.6.2	Kartleggingsverktøy .....	9
2.7	Smertelindring av rusavhengige .....	10
2.7.1	Medikamentelle tiltak .....	10
2.7.2	Ikke-medikamentelle tiltak .....	11
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1	Litteraturstudie som metode.....	12
3.2	Beskrivelse av søk.....	12
3.3	Kildekritikk .....	14
3.4	Etske vurderinger ved bruk av egne erfaringer.....	15
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Hvordan kan sykepleier sørge for adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus?</b> .....	<b>19</b>
5.1	Kunnskap.....	19
5.2	Holdninger .....	22
5.3	Smertekartlegging.....	25
5.4	Kommunikasjon .....	29
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
	Referanseliste .....	34

# 1 Innledning

Rusavhengighet er et stort helseproblem over hele verden. Opioidavhengighet er en form for rusavhengighet, og det antas å være 15-21 millioner opioidavhengige mennesker globalt (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789). Det er sammenheng mellom rusmiddelbruk og somatisk sykdom, og de vanligste årsakene til sykehusinnleggelse blant pasientgruppen er somatiske sykdommer som komplikasjon av rusbruken eller akutte skader påført i ruset tilstand (Haber, Demirkol, Lange & Murnion, 2009, s. 1284; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 51).

Rusmiddelavhengighet er en sykdom og gir rett til behandling. Behandling av rusmiddelavhengige pasienter ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2004, og da fikk pasientene samme rettigheter som andre pasientgrupper. Lovverket skal sikre alle pasienter en helhetlig tilnærming til deres behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b; Simonsen, 2016, s. 59-60).

## 1.1 Bakgrunn

I følge rammeplanen for sykepleierutdanningen er pleie, omsorg og behandling hjørnesteinene i utdanningen og sykepleieryrket. Sykepleiere skal lindre lidelse og møte pasientene med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4;6). Den sykepleiefaglige relevansen i dette arbeidet kommer også frem gjennom den behandlende og den lindrende sykepleiefunksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Forskning viser at rusmiddelavhengige pasienter på sykehus smertelindres utilfredsstillende. Opioidavhengighet fører til forsterket smerteopplevelse og kompliserer smertebehandlingen. Det er viktig at vi som sykepleiere tar deres smerter på alvor og gir de den hjelpen de trenger (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012, s. 290; Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012, s. 253).

Jeg har erfaring med å møte rusmiddelavhengige pasienter på både kirurgisk og medisinsk avdeling, og jeg har sett hvor komplisert smertebehandlingen av pasientene kan være. Det kan se ut som om pasientene og deres smerter ikke alltid blir tatt alvorlig, og negative holdninger

blant helsepersonell kan føre til en dårligere behandling. Dette er et tema som engasjerer meg veldig, og jeg håper at min kunnskap kan bidra til en forbedret praksis.

Denne oppgaven vil ta for seg ulike utfordringer som kan oppstå i smertebehandlingen av opioidavhengige, hvilke kunnskaper sykepleiere må ha og ulike forbedringsområder litteraturen fremhever for å kunne smertestille rusmiddelavhengige pasienter så godt som mulig.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av valg av tema har jeg formulert følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleier sørge for adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus?»*

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Rusavhengighet er et begrep som omhandler mange ulike rusmidler, men denne oppgaven fokuserer på rusmiddelavhengige som er avhengige av opioider. Mange rusmiddelavhengige inntar en kombinasjon av rusmidler. Disse har jeg inkludert i oppgaven, men jeg ekskluderer de som ikke er avhengige av opioider.

Litteraturen veksler på å bruke begrepene opioidavhengig, rusavhengig og rusmiddelavhengig om hverandre, og jeg har benyttet meg av begrepene som synonymer.

Sykepleiere kan møte på rusmiddelavhengige pasienter i ulike arenaer, men jeg har valgt å fokusere på pasienter med akutte smerter som er innlagt på sykehus. Jeg avgrensner ikke til en spesifikk sykehusavdeling, men forholder meg til både medisinske og kirurgiske innleggelser. Sykepleieren er kjent med pasientens rusmiddelbruk. Jeg fokuserer på voksne pasienter, da det er de anvendt forskning tar for seg.

Oppgaven tar for seg både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. De ikke-medikamentelle tiltakene er begrenset til avledning og relasjonsbygging. Ikke-medikamentelle tiltak som for eksempel kulde og varme har jeg ekskludert, da litteraturen i liten grad anbefaler det.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

For å unngå mistolking blir de mest sentrale begrepene definert nedenfor. Noen begreper blir definert fortløpende i teksten der det føles mest naturlig.

### **1.4.1 Avhengighet**

Litteraturen gir ikke en klar definisjon på rusmiddelavhengighet, men henviser til ICD-10 sin definisjon av avhengighet.

ICD-10 definerer avhengighetssyndrom som atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener hvor bruk av en substans blir prioritert fremfor andre interesser. Tre av de seks følgende kriteriene må forekomme i løpet av ett år for å kunne stille diagnosen *avhengighet*: sterk trang til å innta stoffet, vansker med å kontrollere inntaket, abstinenser når bruken opphører, toleranseutvikling, likegyldighet ovenfor andre interesser og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser (Helsedirektoratet, 2018, F10-F19).

### **1.4.2 Adekvat smertelindring**

Smerter er en subjektiv opplevelse. Kun pasienten selv kan kjenne smerten og avgjøre om smertelindringen er tilfredsstillende. Pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383;388).

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgavens første del belyser teoretisk kunnskap som er nødvendig for å kunne besvare problemstillingen. Så presenteres anvendt litteratur og forskning i metodekapittelet. Deretter drøftes problemstillingen opp mot valgt litteratur og forskning, før problemstillingen blir besvart i konklusjonen.

## **2 Teori**

Dette kapitlet presenterer kunnskapen som er nødvendig å ha for å kunne besvare problemstillingen. Kari Martinsens omsorgsfilosofi forklares først, da det danner grunnlaget for resten av oppgaven. Videre belyses aktuelle etiske og juridiske føringer, før teoretisk kunnskap om rusavhengighet og smerter presenteres.

### **2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi**

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi som en sykepleieteoretisk ramme. Omsorgsarbeidet baserer seg på generalisert gjensidighet, det vil si å vise omsorg for den andre uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 71-72). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Martinsen sin omsorgsfilosofi fordi omsorg og det å skape en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier er en sentral del av smertebehandlingen av rusavhengige pasienter (Li et al., 2012, s. 259).

Det er tre aspekter ved omsorgen: det relasjonelle aspektet, det praktiske aspektet og det moralske aspektet (Martinsen, 2003, s. 14-17).

#### **2.1.1 Det relasjonelle aspektet**

Det relasjonelle aspektet ved omsorgsarbeidet tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor mennesker er avhengige av hverandre. Pasienter med smerter er avhengige av sykepleieren og at sykepleieren viser omsorg og hjelper pasienten. Omsorg handler om å hjelpe og ta hånd om andre. Nestekjærlighet er sentralt, altså at vi skal handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss (Martinsen, 2003, s. 14). Forholdet mellom mennesker er det mest vesentlige i arbeid med omsorg, og omsorg beskrives som det mest naturlige og fundamentale ved vår eksistens (Martinsen, 2003, s. 69).

#### **2.1.2 Det praktiske aspektet**

Omsorg er også et praktisk begrep fordi man som hjelper skal delta og yte praktisk hjelp til den andre, og ikke stille seg utenfor og synes synd på personen. Å fysisk hjelpe pasienten med

smertelindring, både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, er eksempel på omsorgshandlinger. Hjelpen gis på bakgrunn av tilstanden til den hjelpetrengende, ikke fordi man forventer et resultat (Martinsen, 2003, s. 15-16). For å forstå den andres situasjon må personen anerkjennes og hjelperen må se situasjonen fra den andres ståsted så godt det lar seg gjøre (Martinsen, 2003, s. 70-71).

### **2.1.3 Det moralske aspektet**

Det moralske aspektet handler om hvordan vi er og opptrer i relasjonen med den hjelpetrengende. Vi lærer på bakgrunn av det vi har erfaring med og det vi oppfatter som verdifullt. Dette innebærer at vi må se på hver pasient som noe verdifullt og en person vi ønsker å gjøre godt. Ut fra våre tanker og kunnskap om menneskesyn foretar vi moralske beslutninger. Omsorgsmoral omhandler også hvordan vi bruker makt. Alle relasjoner hvor den ene er avhengig av den andre, innebærer makt. For å handle solidarisk må vi foreta moralske valg basert på vår forståelse av den enkelte situasjonen, som igjen baserer seg på kunnskap og bevissthet om verdier (Martinsen, 2003, s. 17).

## **2.2 Sykepleierens ansvar og funksjonsområder**

Sykepleiere har syv ansvar og funksjonsområder som skal bidra til god og helhetlig sykepleie. Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt å fokusere på den behandlende og den lindrende sykepleiefunksjonen. Den behandlende sykepleiefunksjonen baserer seg på sykepleieprosessen med datasamling, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentering. Sykepleiere assisterer i gjennomføring av medisinsk utredning og behandling etter forordning fra legen, og har ansvar for å vurdere effekten av behandling som gis og dokumentere dette (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Behandlingen er i denne oppgaven smertelindring.

Den lindrende sykepleiefunksjonen innebærer at sykepleiere skal begrense pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Det inkluderer lindring av smerte. Sykepleiere må rette oppmerksomhet mot pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaringer for å ivareta den lindrende funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).



## **2.3 Juridiske føringer og etikk**

I dette kapitlet presenteres relevante etiske og juridiske føringer.

### **2.3.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Sykepleiere har ansvar for å lindre lidelse og yte en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8-9). Smertelindring av rusavhengige handler både om å lindre lidelse, men også å fremme helse og forebygge videre sykdom som kan oppstå.

Videre skal sykepleiere ivareta pasientens verdighet og integritet, noe som inkluderer retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket. Sykepleiere skal aktivt sørge for at sårbare grupper blir møtt av helse- og omsorgstjenesten og får dekket sine behov (NSF, 2011, s. 8;11).

I tillegg har sykepleiere ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap anvendes på arbeidsplassen. En har et personlig ansvar for at praksisen som utøves er kunnskapsbasert i tillegg til å være faglig, juridisk og etisk forsvarlig (NSF, 2011, s. 7).

### **2.3.2 De fire prinsippers etikk**

De fire prinsippers etikk innebærer de etiske prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Hvert prinsipp defineres som en plikt slik at sykepleiere har en plikt til å gjøre godt mot andre, plikt til å ikke skade andre, plikt til å respektere pasientens beslutninger og plikt til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2016a, s. 84-85). Det innebærer blant annet at rusmiddelavhengige har rett på samme gode behandling som andre pasienter, og at vi som sykepleiere har plikt til å behandle pasientene godt.

### **2.3.3 Juridiske føringer**

Det er flere lovverk som belyser ulike ansvar og rettigheter i lys av problemstillingen. Jf. Helsepersonellovens §4 om forsvarlighet har helsepersonell plikt til å opptre faglig forsvarlig

og yte omsorgsfull hjelp (1999). Pasientene har på sin side rett til medvirkning i sin behandling. Det innebærer at de har rett til å medvirke ved valg mellom ulike behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på gode helse- og omsorgstjenester (1999, §1-1). Alder, kjønn, bosted og sosial status skal ikke ha noe å si for hvilke helse- og omsorgstjenester en får tilgang til, og hvor godt en blir behandlet (Helsedirektoratet, 2015, s. 9).

## **2.4 Smerter**

Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk eller emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Merskey & Bogduk, referert i Den norske legeforening, 2009, s. 6).

Det skilles mellom akutte og langvarige smerter. Akutte smerter er kortvarige og vil avta når årsaken til smerten behandles. Langvarige smerter opptrer ofte daglig, varer mer enn tre måneder og kan være en konsekvens av mangelfull smertelindring tidligere (Dever, 2017, s. 295; Jensen, Arendt-Nielsen & Dahl, 2013, s.12). Denne oppgaven tar for seg akutte smerter.

Akutte smerter kan deles i nociseptive, nevropatiske og idiopatiske smerter. Ved vevsødeleggelse eller stimuli fra prosesser som kan føre til vevsødeleggelse, stimuleres smertereseptorer (nociseptorer) som fører til nociseptive smerter. Nociseptive smerter er ofte akutte og kan skyldes akutt skade eller kirurgi (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 386).

### **2.4.1 Smertefysiologi ved akutt smerte**

Når vev skades, sendes det ut kjemiske stoffer som stimulerer smerteførende nervefibre. Disse nervefibrene går via ryggmargens bakhorn til thalamus, og deretter videre til hjernebarken og spres til retikulærsubstansen, hypothalamus og det limbiske system. Signalene går videre til hjernen hvor smertene tolkes og analyseres for lokalisasjon, smertetype og intensitet. Intensiteten blir blant annet tolket i lys av tidligere smerteopplevelser som ligger lagret i hjernen (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383).

## **2.5 Rusmiddelavhengighet**

Denne oppgaven tar for seg pasienter som bruker opioider som rusmiddel. Opioider er smertestillende midler som utøver sin virkning ved å binde seg til opioidreseptorer (Simonsen, 2016, s. 225). Bruk av opioider over lengre tid eller i store doser fører til oppregulering av opioidreseptorer og nedregulering av dopaminreseptorer. Det fører til at opioidavhengige opplever abstinenser hvis opioidet blir seponert brått eller gis i svært reduserte doser (Fredheim, Borchgrevink, Nordstrand, Clausen & Skurtveit, 2011, s. 158). Symptomer på abstinens er blant annet muskelsmerter, uro, svetting og kramper (Nikolajsen, Finnerup & Sindrup, 2013, s. 75).

Opioider har både hemmende og stimulerende effekt på sentralnervesystemet. De hemmende effektene innebærer respirasjonsdepresjon, hemmet hosterefleks og søvnighet, mens de stimulerende effektene inkluderer kvalme, oppkast og små pupiller (Slørdal & Rygnestad, 2016, s. 346-347).

### **2.5.1 Rusmiddelavhengighet og smerter**

Bruk av opioider over lengre tid fører til utvikling av toleranse for opioider. Da vil en kreve større doser for å oppnå smertelindring, og den smertestillende effekten varer kortere. Pasienter som har økt toleranse for opioider kan tåle høyere doser uten at det er fare for respirasjonsdepresjon (Dever, 2017, s. 293; Nikolajsen, Finnerup & Sindrup, 2013, s. 75).

Opioidavhengighet fører også til hyperalgesi og allodyni. Hyperalgesi er senket smerteterskel og redusert evne til å håndtere akutt smerte. Allodyni betyr at smerte fremkalles av normale, lette berøringer (Baastrup, Dahl, Arendt-Nilsen & Jensen, 2013, s.16).

## **2.6 Kartlegging av smerte**

Som sykepleiere er sykepleieprosessen en sentral del av arbeidet. Det første steget i prosessen er datasamling og identifisering av problemet. En systematisk datasamling av en pasient med smerter innebærer å ta vitale målinger som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, samt å høre på pasientens egen smertevurdering (Rustøen, 2007, s. 129). Hos rusavhengige pasienter er det også nødvendig å kartlegge hvilke stoffer pasienten bruker, hvilke doser og når siste

dose ble tatt. Desto mer informasjon en har om pasientens rusbruk, jo bedre tilpasset behandling kan en gi (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 405).

### **2.6.1 Kliniske vurderinger**

For å kartlegge smertene grundig er det nødvendig å innhente informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, varighet, utløsende eller lindrende faktorer og intensitet (Werner & Arendt-Nilsen, 2013, s. 47).

Når det gjelder smertens lokalisasjon, må en kartlegge hvor på kroppen pasienten har smerter, og om smerten er diffus eller lokalisert, overfladisk eller dyp (Werner & Arendt-Nilsen, 2013, s. 50). Videre må en finne ut hvordan smertene kjennes ut for pasienten. Smerter kan blant annet beskrives som brennende, verkende eller dumpe. Kvaliteten på smerten avhenger av hva som forårsaker smerten. Smerter kan også være konstante eller anfallsvise og en må kartlegge om smertene utløses av spesielle situasjoner (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398). Kartlegging av smertens intensitet utdypes i kapittel 2.6.2.

I tillegg er det nødvendig å observere symptomer på smerte. Smertestimuli påvirker det sympatiske nervesystemet og gir stresssymptomer som økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk, svette og uro (Sand et al., 2011, s. 152). Smerter fra indre organer kan aktivere det parasympatiske nervesystemet og gi motsatte symptomer av det sympatiske nervesystemet. Symptomer ved aktivering av det parasympatiske nervesystemet er blodtrykksfall, redusert hjerterefrekvens, kaldsvetting og blekhet (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398).

Ytterligere tegn på smerter er atferdsmessige reaksjoner som for eksempel fokus på smerten i samtaler, endret kroppsholdning og mimikk (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398; Skoglund & Biong, 2018, s. 186).

### **2.6.2 Kartleggingsverktøy**

Smerte er subjektivt og det er hensiktsmessig å benytte smertekartleggingsverktøy for å sikre individuell smertelindring (Li et al., 2012, s.258). Smertekartleggingsverktøy deles i en- og flerdimensjonale. Endimensjonale verktøy måler kun smerteintensiteten, mens flerdimensjonale måler både smerteintensiteten og hvordan pasienten blir påvirket av smerten.

Flerdimensjonale verktøy egner seg godt til pasienter med langvarige smerter (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 390). Denne oppgaven tar for seg akutte smerter, og derfor er fokuset på endimensjonale smertekartleggingsverktøy.

De endimensjonale smertekartleggingsverktøyene jeg tar for meg er Numeric Rating Scale (NRS), Visuell Analog Skala (VAS) og Faces Pain Scale (FPS) (Danielsen, Berntzen & Almås, 2012, s. 391). NRS er en av de mest brukte kartleggingsverktøyene og går ut på at pasienten vurderer smerten sin på en nummerskala fra 0 til 10 der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte (Rustøen, 2007, s. 130). VAS tar utgangspunkt i en linje slik som ved NRS, men linjen er uten tall og pasienten markerer smerteintensiteten fritt et sted på linjen (Werner & Arendt-Nilsen, 2013, s. 49). På en FPS, også kalt ansiktsskala, er det tegninger av ansikter der ansiktsuttrykkene viser økende smerteintensitet, og pasienten peker på det ansiktet som best beskriver hvordan en føler det (Rustøen, 2007, s. 130).

## **2.7 Smertelindring av rusavhengige**

Det første steget i smertebehandlingen er å forsikre pasienten om at deres smerte er anerkjent, at en tror på pasienten, og at de vil få god smertebehandling. Pasienten bør informeres om at målet ved akutt smerte ikke er å bli smertefri, men å redusere smerten til et adekvat nivå (Dever, 2017, s. 298; Haber et al., 2009, s. 1289).

### **2.7.1 Medikamentelle tiltak**

Legen har i oppgave å forordne medikamenter, men det er sykepleiere som administrerer legemidlene og observerer virkning og bivirkning av de enkelte legemidlene (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §3;§7).

På grunn av toleranseutvikling for opioider hos rusavhengige, er det ofte behov for å gi betydelig større doser opioider enn det som er vanlig hos andre pasienter (Haber et al., 2009, s. 1289-1290). Det anbefales å benytte seg av legemidler med ulik virkningsmekanisme, for eksempel paracetamol og ikke-stereoide antiinflammatoriske midler (NSAIDS), slik at smertene angripes fra ulike vinkler (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 395).

## 2.7.2 Ikke-medikamentelle tiltak

Kroppen har evne til å hemme smerteimpulser ved hjelp av nedstigende forbindelser fra hjernestammen til ryggmargen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2011, s. 155). De viktigste transmittorstoffene er opioider, serotonin og noradrenalin. Positive forventninger til behandlingen, god kommunikasjon og en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier er faktorer som øker utskillingen av opioider i kroppen (Brodal, 2007, s. 45). Slik har både kommunikasjon og tillitsskapende tiltak smertelindrende effekt.

I arbeidet med pasienten er det viktig at sykepleieren benytter seg av hjelpende kommunikasjon. Det er viktig å anerkjenne den andre ved å være aktivt lyttende, åpen og direkte på samme tid. Å få frem pasientens perspektiv er et av de sentrale elementene i pasientrettet kommunikasjon (Eide & Eide, 2010, s. 12;20).

### 3 Metode

I dette kapittelet forklares litteratursøket, og styrker og svakheter ved den valgte litteraturen presenteres.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er en litteraturstudie basert på data fra skriftlige kilder, som vurderes og oppsummeres (Dalland, 2018, s. 207). I tillegg har jeg benyttet meg av erfaringsbasert kunnskap som jeg har tilegnet meg gjennom egen praksis.

#### 3.2 Beskrivelse av søk

For å finne forskningsartikler benyttet jeg meg av databasene PubMed, SweMed+ og forskningsarkivet til Sykepleien Forskning. Jeg har søkt med følgende søkeord i de ulike databasene:

<i>Database</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Artikler funnet</i>
PubMed	“substance use disorder” AND “pain management”  Avgrenset med “nursing journals”	77	Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012). Substance users’ perspective of pain management in the acute care environment. <i>Contemporary Nurse</i> , 42(2), 289-297. <a href="https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289">https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289</a>  Dever, C. (2017). Treating acute pain in the opiate-dependent patient. <i>Journal of Trauma Nursing</i> , 24(5), 292-299. <a href="https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000309">https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000309</a>  Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses’ competence in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study. <i>Nurse Education Today</i> , 35, 789-794. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</a>  Miller, L. E., Eldredge, S. A. & Dalton, E. D. (2017). «Pain is what the patient says it is»: nurse-patient communication, information seeking, and pain management. <i>American Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine</i> , 34(10), 966-976. <a href="https://doi.org/10.1177/1049909116661815">https://doi.org/10.1177/1049909116661815</a>  Morgan, B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. <i>Pain Management</i>

			<i>Nursing</i> , 15(1), 165-175. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004</a>
PubMed	“substance use disorder” AND “pain” AND “nurse”  Avgrenset med “nursing journals”	58	Morley, G., Briggs, E. & Chumley, G. (2015). Nurses’ experience of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. <i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 701-711. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005</a>
PubMed	“drug users” AND “hospital” AND “nursing”	189	Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. <i>The Lancet</i> , 374(9697), 1284-1293. <a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9</a>
SweMed+	“Rusmisbrukere” AND “smerte”	1	Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. <i>Sykepleien forskning</i> , 7(3), 252-260. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131</a>
SweMed+	«Kunnskap» AND «smertelindring»	4	Granheim, T. H., Raam, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien Forskning</i> , 10(4), 326-334. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.55983">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.55983</a>
Sykepleien Forskning	«Smertelindring» OG «rusavhengige»	2	Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14(75746)(e-75746), 1-17 <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746</a>
Sykepleien Forskning	«Sykepleier» AND «smerte»	68	Sjøveian, A. K. H. & Leegard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?. <i>Sykepleien Forskning</i> , 7(4), 380-387. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158</a>

Alle søkene ble avgrenset til de siste 10 årene og jeg kontrollerte at tidsskriftene var fagfellevurderte på Norsk senter for forskningsdata.

Ved søkene leste jeg abstraktene på artiklene for å finne ut hvilke som var relevante for oppgaven. Da jeg søkte etter artikler var jeg i hovedsak på utkikk etter artikler hvor fokuset enten var på hvordan sykepleiere opplever det å arbeide med smertelindring av rusavhengige eller hvordan rusavhengige opplever smertebehandlingen. I tillegg har jeg søkt etter artikler som tar for seg sykepleieres kunnskap om smertelindring og smertekartleggingsverktøy.



Anvendt faglitteratur består av teoretisk kunnskap om grunnleggende sykepleie, smerter, legemidler, kommunikasjon, rusmiddelavhengighet og etikk. Faglitteraturen fant jeg på biblioteket til Lovisenberg diakonale høgskole og skolens søkemotor Oria, og ved å se på primærlitteraturen som ble henvist til i både bøker og forskningsartikler. Databasen Lovdata er benyttet for å finne relevante lovverk, og Norsk sykepleierforbund sine sider er benyttet for å finne de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere.

### 3.3 Kildekritikk

Forskningsartiklene som er benyttet er fra Norge, USA, Storbritannia og Australia og jeg erkjenner at overføringsverdien mellom disse landene kan være redusert. Det er likevel argumenter og poeng som presenteres og gjentas både i de norske og utenlandske artiklene. Derfor kan jeg anta at de utenlandske artiklene har overføringsverdi til min oppgave.

Den eldste artikkelen er «Management of injecting drug users admitted to hospital» av Haber et al. fra 2009 og jeg vet at forskningsfeltet kan ha utviklet seg siden den tid. Artikkelen har likevel resultater og poeng som viser seg igjen i nyere artikler, i tillegg til at den stemmer overens med mine praksiserfaringer.

Den eldste anvendte litteraturen er *Smerter – lærebok for helsepersonell* av McCaffery & Beebe fra 1996. Jeg ser at denne boken henvises til som primærlitteratur i både forskningsartikler og nyere bøker og jeg har derfor valgt å ta den med, da jeg anser den som fortsatt aktuell for oppgaven.

Jeg har benyttet meg av kvantitative og kvalitative forskningsartikler, i tillegg til to oversiktsartikler. Ved å kombinere kvantitative og kvalitative forskningsartikler får jeg frem statistikk og tall som belyser kunnskapsnivået og tilfredsheten basert på spørreskjemaer, samtidig som jeg får frem sykepleieres og pasienters personlige meninger og opplevelser av behandlingssituasjonen.

Oversiktsartikkelen «Treating acute pain in the opiate-dependent patient» av Dever (2017) henviser til en av de kvalitative artiklene jeg har søkt fram. Artikkelen det henvises til er «Substance users' perspective of pain management in the acute care environment» av Blay et

al. (2012). Jeg har likevel valgt å benytte begge artiklene i min oppgave, da begge har individuelle funn og poeng som jeg ønsker å inkludere i oppgaven.

I kapittel 2.4 har jeg benyttet meg av en sekundærkilde for å definere hva smerte er. Når litteraturen definerer smerte henviser de til *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* av Merskey & Bogduk (1994) som primærlitteratur. Primærlitteraturen definerer smerte på engelsk, og for å unngå misforståelser har jeg valgt å henviser til Den norske legeforening (2009) som sekundærkilde og benytte meg av den norske oversettelsen av sitatet.

### **3.4 Ethiske vurderinger ved bruk av egne erfaringer**

Jeg bruker min egen praksiserfaring i oppgaven, og jeg erkjenner at det kan være svakheter ved det, blant annet fordi jeg ikke har noe konkret å henviser til. Likevel anser jeg mine erfaringer som et positivt bidrag fordi jeg får belyst oppgaven med ekte hendelser. Som sykepleiere har vi plikt til å utøve en kunnskapsbasert praksis, som innebærer erfaringsbasert, forskningsbasert og brukerbasert kunnskap (NSF, 2011, s. 7). Ved å bruke mine erfaringsbaserte kunnskaper, i tillegg til den forskningsbaserte kunnskapen jeg tilegner meg gjennom oppgaven, sikrer jeg en kunnskapsbasert praksis. Ved bruk av mine egne erfaringer ivaretas anonymitet fullt ut, og ansatte og pasienter omtales på en respektfull måte.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Artikkelmatrisen presenterer forskningsartiklene som brukes i oppgaven og deres hovedpunkter.

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ metode	Funn
1	Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	<i>Sykepleien Forskning</i> , 7(3), 252-260. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131</a>	Kartlegge sykepleiere og legers holdninger, handlinger og kunnskaper til rusmiddelavhengige innlagt med smerter.	Kvantitativ metode. Tverrsnittsdesign. Resultater er basert på 312 besvarte spørreskjema.	Det er mangel på kunnskap om smerter hos rusavhengige. 4/5 stoler ikke på den rusavhengiges vurdering av sin smerte. Få bruker smertekartleggingsverktøy.
2	Krokmyrdal, K. A. og Andenæs, R. (2015).	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study	<i>Nurse Education Today</i> , 35, 789-794. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022</a>	Undersøke sykepleieres kunnskap om smerter og smertebehandling og undersøke hvor sykepleiere får sin kunnskap fra.	Kvantitativ metode. Tverrsnittdesign. Resultater er basert på 98 besvarte spørreskjema.	Sykepleierne har for dårlig kompetanse i behandling av rusavhengige pasienter. Mange stoler ikke på pasienten. De fleste bruker kollegaene sine for å få økt kompetanse slik at dårlige holdninger lett videreføres på en avdeling.
3	Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C., Nordstrand, B., Clausen, T. & Skurtveit, S. (2011).	Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: a pharmacoepidemiological study	<i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 116(1-3), 158-162. <a href="https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.014">https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.014</a>	Finne ut hvor mye opioider som skrives ut til pasienter som får vedlikeholdsterapi, i tillegg til å finne ut hvor ofte ikke-opioide analgetika blir brukt som første legemiddel i smertelindring.	Kvantitativ metode. Hentet inn tall fra Reseptregisteret og statistikk for 1182 pasienter som får vedlikeholdsterapi.	I løpet av ett år deles det ut like mye opioider til pasienter i vedlikeholdsterapi som til befolkningen generelt. Kodein-paracetamol brukes ofte som første smertestillende legemiddel i en smertebehandling.
4	Granheim, T. H., Raaum, K., Christopherse n, K-A. &	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og	<i>Sykepleien Forskning</i> , 10(4), 326-334. <a href="https://doi.org/10.4220/">https://doi.org/10.4220/</a>	Få økt kunnskap om sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskap om og holdninger til	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie. Resultater er basert på 165	Begge gruppene hadde gode kunnskaper om smertelindring på noen områder, men de var redde for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Det

	Dihle, A. (2015).	smertelindring hos voksne	<a href="#">sykepleienf. 2015.55983</a>	smerter og smertelindring hos voksne.	besvarte spørreskjema.	er behov for å styrke kompetansen om smertehåndtering.
5	Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012).	Substance users' perspective of pain management in the acute care environment	<i>Contemporary Nurse</i> , 42(2), 289-297. <a href="https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289">https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289</a>	Undersøke rusavhengiges perspektiv på smertebehandling en i en akutt situasjon.	Kvalitativ metode, supplert med kvantitative data. Resultater er basert på 25 besvarte spørreskjema hvor pasientene kunne gi utfyllende svar.	Halvparten av pasientene var fornøyde med smertebehandlingen, samtidig som mange tenkte at de ikke fikk nok smertestillende. Mange opplevde at utlevering av medisiner ble forsinket, som mange også tenkte sammenheng med at personale hadde negative holdninger mot dem.
6	Miller, L. E., Eldredge, S. A. & Dalton, E. D. (2017).	«Pain is what the patient says it is»: Nurse-patient communication, information seeking, and pain management	<i>American Journal of Hospice &amp; Palliative Medicine</i> , 34(10), 966-976. <a href="https://doi.org/10.1177/1049909116661815">https://doi.org/10.1177/1049909116661815</a>	Undersøke utfordringer i kommunikasjon om smerter i et forhold mellom pasient og sykepleier.	Kvalitativ metode. Intervju med 21 sykepleiere.	Det er ulike utfordringer når det gjelder å vurdere pasientens smerter, og sykepleiere benytter seg av ulike metoder for å få til en grundig kartlegging.
7	Morley, G., Briggs, E. & Chumley, G. (2015)	Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study	<i>Pain Management Nursing</i> , 16(5), 701-711. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005</a>	Undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har og hvilke barrierer som er mellom sykepleiere og rusavhengige pasienter med smerter.	Kvalitativ metode. Intervju med 5 sykepleiere.	Det er mye stigma rundt rusmiddelavhengige og sykepleierne beskriver pasientene som vanskelige og utfordrende. Sykepleierne var likevel klar over at må møtes med et holistisk menneskesyn. Sykepleierne var også klar toleranse og hyperalgesi, som kompliserte smertelindringen.
8	Morgan, B. D. (2014).	Nursing attitudes toward patients with substance	<i>Pain Management Nursing</i> , 15(1), 165-175.	Øke kunnskapen om sykepleieres holdninger og interaksjoner med rusavhengige	Kvalitativ metode. Intervju med 14 sykepleiere.	Det er mye stigma rundt pasientgruppen, og det er mange faktorer som bidrar til at sykepleierne ser negativt på pasienter med

		use disorders in pain.	<a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004</a>	pasienter med smerter.		rusmiddelavhengighet. Pasientene blir sett på som vanskelige, og sykepleierne vil ikke bruke like mye tid hos de som hos andre pasienter.
9	Sjøveian, A. K. H. & Leegaard, M. (2012).	Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?	<i>Sykepleien Forskning</i> , 7(4), 380-387. <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158</a>	Kartlegge hvordan sykepleiere samhandler med pasientene om den postoperative smertebehandling en.	Kvalitativ metode. Intervju med 5 sykepleiere.	Sykepleierne er usikre på om pasientene har tilstrekkelig kunnskap om NRS som smertekartleggingsverktøy.
10	Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019).	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.	<i>Sykepleien Forskning</i> , 14(75746)(e-75746), 1-17 <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746</a>	Vise hvordan spesialsykepleiere i smerteteam kan bruke sin erfaring med smertelindring av rusavhengige pasienter.	Kvalitativ metode. Intervju med 6 sykepleiere.	Sykepleierne i smerteteam har bedre tid til pasientene. De bistår andre sykepleiere med støtte og undervisning når det gjelder både medikamenter, kartlegging av rusbruk og smertekartlegging.
11	Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009).	Management of injecting drug users admitted to hospital	<i>The Lancet</i> , 374(9697), 1284-1293. <a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9</a>	Forklare problemer som kan oppstå hos rusavhengige pasienter, og gi råd for hvordan en skal håndtere pasientens behov og problemer.	Oversiktsartikkel.	Det er nødvendig å ha en ikke-dømmende og problemløsende innstilling i møte med rusavhengige pasienter.
12	Dever, C. (2017).	Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient	<i>Journal of Trauma Nursing</i> , 24(5), 292-299. <a href="https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000309">https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000309</a>	Øke kunnskapen om hvordan en kan behandle smerte på en holistisk og multimodal måte.	Oversiktsartikkel.	Det er viktig å starte på lavest mulig dose smertestillende, for så å øke dosen kontrollert. Pasientens opplevelse av smerten er det viktigste. Kommunikasjon og undervisning av pasienten om smerter og opioider er sentralt.

## **5 Hvordan kan sykepleier sørge for adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus?**

I de følgende kapitlene drøftes problemstillingen opp mot fag- og forskningslitteratur. Jeg tar utgangspunkt i fire hovedområder som jeg mener er viktige og som jeg ser går igjen i litteraturen: kunnskap, holdninger, smertekartlegging og kommunikasjon.

### **5.1 Kunnskap**

Sykepleierens profesjonelle omsorg er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske føringer. Fagkunnskap er en forutsetning for å kunne møte pasienten med omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 87-88; Martinsen, 2003, s. 75).

Smertelindring av rusavhengige beskrives som utfordrende og kompleks, og tilstrekkelig kunnskap er derfor essensielt for å sikre god smertebehandling av pasienten (Govertsen, Aanensen & Moi, 2019, s. 6). Det gjelder både kartlegging og lindring av smerte, rusavhengige pasienter og opioider. Smerter kjennes ulike ut avhengig av hva som forårsaker smerten, og ulike typer smerter kan kreve ulike legemidler og doser. Sykepleiere må derfor ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne vurdere pasientens smerter for å sikre god smertebehandling (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398; Li et al., 2012, s. 258). Åtte av ti sykepleiere i en studie følte at de ikke hadde nok kunnskap om smertelindring, og mindre enn halvparten følte at de kunne evaluere pasientens smerte riktig. Det innebærer blant annet å evaluere smerteintensiteten og årsaken til smerten (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791-792). Når sykepleiere oppgir at mangler kunnskap om smertelindring og i tillegg ikke ønsker å bruke tid hos rusavhengige pasienter, tyder dette på at sykepleiere heller ikke har kunnskap om avledning som smertelindrende tiltak (Li et al., 2012, s. 258; Sand et al., 2011, s. 155). Avledning utdypes nærmere i kapittel 5.4. På en side er det bra at sykepleierne er klare over at de mangler kunnskap om smertelindring, men på en annen side har sykepleiere et personlig ansvar for at deres praksis er faglig forsvarlig, og at en holder seg oppdatert på ny forskning og kunnskap (NSF, 2011, s. 7). Dermed har hver enkelt sykepleier ansvar for å informere seg om kunnskapsområder hvor en føler at en mangler kunnskap. Vi lærer på bakgrunn av det vi ser på som verdifullt og det vi har erfaring med. Derfor må sykepleiere se på hver enkelt pasient som verdifull og sørge for å tilegne seg kunnskap for å kunne smertelindre pasienten så godt som mulig (Martinsen, 2003, s. 17).

Som nevnt i kapittel 2.7.1 er det legen som forordner medikamenter, men det er sykepleiere som administrerer legemidler og observerer virkning og bivirkning (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, §3; §7). Mange sykepleiere frykter at å smertelindre med opioider kan føre til eller forverre en eksisterende avhengighet. Derimot er det mindre enn én prosent av pasienter som smertelindres med opioider som får avhengighetsproblemer. Frykten for å gi opioider fører til at sykepleiere i flere tilfeller administrerer lavere doser smertestillende enn det som er ordinert som behovsmedikasjon (Granheim, Raaum, Christophersen, Dihle, 2015, s. 332; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). God smertelindring bør gå foran frykten for å overmedisinere. Her vises det tydelig at kunnskapsmangel fører til dårligere behandling. Det er lovfestet at helsepersonell skal kjenne sine egne kompetansegrensener og be om hjelp i situasjoner der en føler at egen kompetanse ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999, §4). Regjeringen har utarbeidet en opptrappingsplan som skal bidra til bedre helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige pasienter. Planen skal styrke kompetansen om rus og avhengighet i helsevesenet, blant annet gjennom å møte pasientene med en tverrfaglig tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 20;44). Relevante faggrupper er blant annet personell med rusfaglig eller psykiatrisk kompetanse, og flere sykehus har egne smerteteam som er en stor ressurs i arbeid med rusmiddelavhengige pasienter med smerter (Den norske legeförening, 2009, s. 33; Govertsen et al., 2019, s. 11). Personlig har jeg god erfaring med å kontakte smerteteam når en ikke klarer å smertelindre en pasient godt nok. Sykepleierne i smerteteamet har ofte mer kompetanse og erfaring med spesifikke problemstillinger enn avdelingssykepleierne, og de har i alle tilfeller bidratt til økt kompetanse på avdelingen.

Det er en hyppig misforståelse at opioidavhengige kun skal smertelindres med opioider (Den norske legeförening, 2009, s. 33). Ved akutt smerte hos opioidavhengige kan store doser av ikke-opioide legemidler som paracetamol og NSAIDS ha god effekt. NSAIDS-preparater kan muligens redusere behovet for opioider ved postoperativ smerte med 30-40% (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 404). En må likevel ikke unngå å gi opioider fullstendig, for hvis opioidavhengige pasienter slutter å innta opioider brått eller får en svært redusert dose i forhold til det de er vant med kan de få abstinenser som forklart i kapittel 2.5 (Fredheim et al., 2011, s. 158). Et sentralt element i smertebehandlingen av opioidavhengige er å gi opioidsustitusjon for å forhindre at pasienten får abstinenser. Abstinenser kan forsterke en allerede eksisterende hyperalgesi, i tillegg til at abstinens i seg selv kan gi smerter (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 404; Li et al., 2012, s. 258). Pasientene kan da oppleve en

kombinasjon av sterke smerter og abstinenser som fører til selvmedisinering eller utskrivelse fra sykehus på eget ansvar. I en studie var over halvparten av sykepleierne enige i utsagnet om at opioidavhengige pasienter ofte virket ruset under innleggelsen, og under halvparten av sykepleierne erstattet pasientens daglige bruk av opioider. Mangel på kunnskap om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandlingen er en av hovedårsakene til at pasienter smertelindres utilstrekkelig (Li et al., 2012, s.253;258). Sykepleiere som skal smertelindre rusavhengige pasienter må vite at rusavhengige pasienter ikke kan håndtere smerter på samme måte som mange andre pasienter (Baastrup, Dahl, Arendt-Nilsen & Jensen, 2013, s.16). En tredjedel av sykepleierne i en studie visste ikke at opioidavhengighet fører til økt smerte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 791). Det er også en vanlig misforståelse blant helsepersonell at den dosen opioider pasienten tar til vanlig er nok til å smertelindre pasienten (Fredheim et al., 2011, s. 158). Når opioider administreres til opioidavhengige pasienter, trenger de å få betraktelig større doser enn det som er vanlig å administrere til andre pasienter. De må få en grunnleggende dose tilsvarende deres daglige opioidbruk, i tillegg til ekstra smertestillende doser (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 405; Den norske legeforening, 2009, s. 33).

Ubehandlet smerte kan føre til en oppførsel som kan oppfattes som russøkende. Det kan være å etterspørre smertestillende ofte, vite nøyaktig når en kan få en ny dose smertestillende eller å spørre etter spesifikke legemidler (Blay et al., 2012, s. 290; Morley, Briggs & Chumley, 2015, s. 702). Som sykepleiere har vi plikt til å gi helhetlig pleie og omsorg, og vi skal utføre en praksis som er etisk forsvarlig (NSF, 2011, s. 7-8). Derimot er det ikke etisk forsvarlig å underbehandle smerter (Granheim et al., 2015, s. 327). Det bryter med velgjørhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet. Som sykepleiere skal vi gjøre det vi kan for at pasienten skal ha det så godt som mulig og vi skal beskytte mot skade og urett (Brinchmann, 2016a, s. 86). Min kliniske erfaring fra en avdeling hvor smertelindring er en hovedoppgave, er at pasienter med aktuelt eller tidligere rusbruk har blitt møtt med negative holdninger fra både sykepleiere og leger. Flere sykepleiere har sagt at de mistenker at pasientene lyver om smertene sine. Slike holdninger har ofte resultert i at pasientene ikke har fått tilstrekkelig smertelindring, og sykehusoppholdet har vart lengre enn antatt eller pasienten har skrevet seg ut på eget ansvar fordi en ikke fikk smertelindret til et adekvat nivå.

Nyutdannede eller uerfarne sykepleiere føler seg ofte ikke komfortabel med å gi så store doser smertestillende som det er forordnet og som det ofte er nødvendig hos rusavhengige (Morley et al., 2015, s. 706). Samtidig viser det seg at sykepleiere foretrekker å få kunnskap fra



arbeidsplassen og kollegaene sine (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). De første årene en jobber som sykepleier har innflytelsen fra kollegaer mye å si for hvilke holdninger og kunnskaper en tilegner seg. Sykepleiere er lojale til sine kollegaer og deres holdninger, noe som betyr at gode holdninger på en arbeidsplass er viktig for god kompetanse og behandling. Jeg har likevel ikke funnet noen forskning som viser at å stole på informasjon fra kollegaer fører til økt kompetanse. Derimot er kurs og undervisning viktig for kunnskapsutvikling (Dever, 2017, s. 295; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793). Det anbefales også at sykehusavdelinger har egne smertekontakter som sykepleiere kan kontakte hvis de har spørsmål om smertebehandling (Govertsen et al., 2019, s. 10). Kunnskap er nødvendig for å kunne danne og endre holdninger (Li et al., 2012, s. 254). Dette har sammenheng med sykepleieres ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og bidra til at ny og oppdatert kunnskap blir anvendt på arbeidsplassen (NSF, 2011, s. 7). Jf. Spesialisthelsetjenesteloven er det også pålagt å sørge for at arbeidsstedet arbeider med kvalitetsforbedring, undervisning skal tilrettelegges og helsepersonell skal få den undervisningen og opplæringen som er nødvendig for å kunne utføre et forsvarlig arbeid (1999, §3).

## **5.2 Holdninger**

Sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for hvert enkelt menneske og dens rettigheter. Som nevnt i kapittel 2.1 er det tre ulike aspekter ved omsorgsarbeidet. Det relasjonelle aspektet baserer seg på at mennesker er avhengige av hverandre. Alle kan komme i situasjoner hvor en trenger hjelp fra andre, og vi bør derfor handle slik at alle får de samme mulighetene til å leve så godt som mulig (Martinsen, 2003, s. 14-17).

Studier viser at det er negative holdninger blant helsepersonell når det gjelder rusmiddelavhengige pasienter. Pasientene blir beskrevet som vanskelige, utfordrende, manipulerende, russøkende og krevende (Haber et al., 2009, s. 1286; Morley et al., 2015, s. 704). I en ny studie fra 2019 ble rusmiddelavhengige pasienter beskrevet som krevende og manipulerende av sykepleiere (Govertsen et al., 2019, s. 5). Mellom den nyeste og den eldste artikkelen jeg har benyttet meg av skiller det ti år, og holdningene blant sykepleierne har tilsynelatende ikke endret seg. Dette understreker hvor viktig det er å jobbe med holdninger ovenfor rusmiddelavhengige pasienter. Sykepleiere må reflektere over egne holdninger og menneskesyn, og hvordan det synes ovenfor pasientene. Holdninger hos hjelperen har mye å

si for hvordan pasientene opplever og reagerer på tilnærmingen og dermed også behandlingen (Christiansen, 2018, s. 162).

I en studie hvor sykepleierne viste negative holdninger ble det samtidig sagt at hver pasient er forskjellig og at en ikke kan sette alle rusmiddelavhengige pasienter i samme bås. Pasientene har rett til å bli møtt og behandlet som enkeltindivider og med et holistisk menneskesyn. Det vil si at en ser hele mennesket, ikke kun deler av mennesket (Morley et al., 2015, s. 706). Vi tar moralske beslutninger ut fra det menneskesynet vi har og sykepleiere skal behandle hvert menneske med respekt. Målet bør være å foreta prioriteringer som reduserer ulikhetene mellom mennesker. Det krever kunnskap og bevissthet om egne verdier og holdninger (Martinsen, 2003, s. 17). Dette er også i tråd med rettferdighetsprinsippet som omhandler at ressurser skal fordeles rettferdig, og like tilfeller skal behandles likt (Brinchmann, 2016a, s. 85). Rusmiddelavhengige pasienter som legges inn på sykehus med smerter har rett på den samme gode behandlingen som andre pasienter med smerter.

Mange sykepleiere mener at rusmiddelavhengighet er selvforskyldt, og kun halvparten av sykepleierne i en studie var enige i at opioidavhengighet er en sykdom (Li et al., 2012, s. 257-258). ICD-10 har klassifisert rusmiddelavhengighet som en sykdom og dermed har pasientgruppen rett til en helhetlig tilnærming og behandling (Simonsen, 2016, s. 59-60). Helsepersonell oppgir at de ikke ønsker å bruke tid på pasientgrupper med lidelser som ses på som selvforskyldte, noe som påvirker behandlingen negativt (Li et al., 2012, s. 258). Her kan rettferdighetsprinsippet trekkes frem. Rusmiddelavhengige pasienter har rett på at ressursene fordeles rettferdig og dermed at sykepleieren bruker like mye tid hos dem som hos andre pasienter (Brinchmann, 2016a, s. 85). Negative holdninger og kunnskapsmangel hos sykepleiere fører til mangelfull smertebehandling og bidrar til at rusmiddelavhengige pasienter har dårlige sykehusopplevelser (Dever, 2017, s. 295).

Rusmiddelavhengige pasienter har ofte en komplisert livshistorie og kan ha opplevd traumer eller omsorgssvikt tidligere i livet som kan medføre mistillit til andre. I tillegg har de ofte dårlig erfaring med sykehus, og kan forvente å bli stigmatisert og ikke bli tatt på alvor (Fredheim et al., 2011, s. 159; Strand, 2018, s. 113). Disse forventningene bekreftes gjennom en studie hvor kun en femtedel av sykepleierne mente at opioidavhengige pasienter forteller sannheten når de skal vurdere smerten sin (Li et al., 2012, s. 257). At pasienten føler seg stigmatisert kan komplisere behandlingen og relasjonen mellom pasient og sykepleier. Pasientene har rett til, og behov for, å bli møtt med autonomi, empati, medfølelse og en ikke-

dømmende væremåte (Dever, 2017, s. 295; Haber et al., 2009, s. 1286). Å respektere pasientens autonomi er en av etiske pliktene sykepleiere skal rette seg etter og er en del av de yrkesetiske retningslinjene (Brinchmann, 2016a, s. 85; NSF, 2011, s. 8). Det er viktig at pasientene føler at de blir møtt på samme måte som andre pasienter (Govertsen et al., 2019, s. 6). Pasienter legges inn med ulike problemstillinger, og ved å anse rusmiddelavhengighet som en lidelse som er likeverdig med andre lidelser vil en bidra til en ikke-dømmende og empatisk holdning ovenfor rusmiddelavhengige som pasientgruppe (Strand, 2018, s. 109).

McCaffery foreslo i 1968 følgende definisjon på smerte: «Smerte er det som personen sier det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCaffery & Beebe, 1996, s. 18). Helsepersonell har et faglig ansvar for å akseptere pasientens oppfatninger og hjelpe ham. Over halvparten av sykepleierne i en studie følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter, og over en fjerdedel av sykepleierne mente at pasientene prøvde å lure til seg smertestillende (Li et al., 2012, s. 257). Frykten for å bli lurtt rettferdiggjør ikke å tvile på pasienten eller holde tilbake smertelindring som pasienter har behov for (McCaffery & Beebe, 1996, s. 18). Her vises det moralske aspektet ved omsorgen. Makt inngår i alle relasjoner hvor en er avhengig av en annen, og dermed også i pasient-sykepleier-relasjonen. Vi skal ikke bruke vår makt til å undertrykke pasientens autonomi og rettigheter, men heller til å vise solidaritet med pasienten (Martinsen, 2003, s. 17). Når pasienten viser at han har vondt og sykepleieren velger å ikke tro på ham, er det både krenkende, uetisk og uprofesjonelt (Li et al., 2012, s. 259; McCaffery & Beebe, 1996, s. 19). Sykepleiere har ansvar for å ivareta pasientens integritet og verdighet, noe som inkluderer å ivareta pasientens rett til å ikke bli krenket (NSF, 2011, s. 8). For å yte omsorgsfull hjelp må en ha en anerkjennende holdning ovenfor pasienten ut fra situasjonen. En slik situasjonsforståelse tilegner man seg ved å samarbeide med pasienten og få innsikt i hvordan pasienten selv forholder seg til situasjonen (Martinsen, 2003, s. 71). Når en har forståelse for pasientens situasjon reduserer man risikoen for å krenke pasientens integritet og autonomi, og gir pasienten rom til å ta egne avgjørelser (Martinsen, 2003, s. 16).

I studien til Blay et al. (2012) undersøkte de hvor fornøyde rusmiddelavhengige pasienter var med smertebehandlingen de fikk. Gjennomsnittlig var halvparten av pasientene fornøyd med behandlingen, men pasientene ble mindre fornøyd med smertelindringen jo lengre sykehusopphold de hadde. Flere av pasientene opplevde at de fikk legemidler eller doser som ikke hadde smertestillende effekt (Blay et al., 2012, s. 292-293). Det kan skyldes at sykepleierne manglet kunnskap om hvilke legemidler og doser som gir adekvat

smertelindring hos rusmiddelavhengige, men det kan også skyldes dårlige holdninger blant sykepleierne og at pasientene ikke ble tatt på alvor. Uavhengig av årsaken, er pasientenes opplevelser av å ikke bli smertelindret godt nok ikke i tråd med etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer (Brinchmann, 2016a, s. 85; NSF, 2011, s. 9). Flere pasienter opplevde at de ofte fikk smertestillende senere enn de egentlig skulle og mange av pasientene antok at forsinkelsen skyldtes negative holdninger blant sykepleierne (Blay et al., 2012, s. 293). I følge pasientene er kommunikasjon viktig for å unngå misforståelser og negative holdninger, og dermed unngå dårlig smertelindring. Hvis sykepleiere møter opioidavhengige pasienter med respekt og tillit øker sjansene for å få til et godt samarbeid (Blay et al., 2012, s. 294; Li et al., 2012, s. 254).

En har også undersøkt hvordan helsepersonell endrer holdninger ut fra hvilket begrep man bruker om pasientene. Hvis en omtaler pasienten som en rusmiddelmissbruker har helsepersonell en mer negativ tilnærming til pasienten enn hvis han omtales som en pasient med rusmiddelavhengighet. Når en bruker begrepet rusmiddelmissbruker er det flere som tenker at pasienten er i en selvforskyldt situasjon (Simonsen, 2016, s. 22). Som forklart tidligere i kapitlet ønsker ikke sykepleiere å bruke like mye tid på pasienter med lidelser som anses som selvforskyldt (Li et al., 2012, s. 258). Dette fremhever viktigheten av å være bevisst på hvilket begrep en bruker når man snakker om denne pasientgruppen. Misbruk er et verdiladet og upresist begrep, og bør erstattes med begrepet avhengighet (Simonsen, 2016, s. 23). Ved å bruke begrepet avhengighet kobler man det lettere sammen med definisjonen av avhengighetssyndrom, som igjen tydeliggjør at rusmiddelavhengighet er en sykdom.

### **5.3 Smertekartlegging**

Smertekartleggingsprosessen er en del av den behandlende sykepleiefunksjonen slik den er forklart i kapittel 2.2. Det er kun pasienten selv som kan vurdere smertene sine. For å sikre en grundig smertekartlegging må sykepleieren kombinere kliniske vurderinger, samtale med pasienten og smertekartleggingsverktøy. Grundig smertekartlegging danner grunnlaget for tilpasset og individuell smertelindring. Under en fjerdedel av sykepleiere kartlegger smerter regelmessig og sykepleiere forstår ikke betydningen og viktigheten av kartleggingen (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383; Li et al., 2012, s. 256). At sykepleiere er dårlige på smertekartlegging kan skyldes dårlige eller manglende rutiner, kunnskapsmangel eller negative holdninger ovenfor opioidavhengige pasienter (Li et al., 2012, s. 258).

Vitale målinger og nonverbale tegn er en viktig del av smertekartleggingen. Rus- og abstinenssymptomer kan kamuflere en underliggende infeksjon eller sykdom, og smerter fra indre organer kan aktivere det parasympatiske nervesystemet. Det vil gi motsatte symptomer av det sympatiske nervesystemet slik det er forklart i kapittel 2.6.1 (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398; Skoglund & Biong, 2018, s. 186). Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om dette når en bruker vitale målinger som en del av smertekartleggingen. Det viser seg at sykepleiere foretrekker å forholde seg til symptomer som kan observeres og måles objektivt, og at de ofte benytter seg av egen erfaring fremfor rutiner og prosedyrer (McCaffery & Beebe, 1996, s. 16; Miller, Eldredge & Dalton, 2017, s. 974). Erfaringsbasert kunnskap er én av tre komponenter i kunnskapsbasert praksis. Å benytte seg av egen erfaring er nyttig, men en må også benytte forskningsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap. Hvis en kun benytter seg av én av tre kunnskapsområder, kan en heller ikke utøve kunnskapsbasert praksis slik det står forklart i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011, s. 7). Studien til Miller et al. (2017) fremhevet at pasientene kunne si at de hadde sterke smerter, samtidig som vitale tegn var normale. Samme studie skriver at vitale tegn ikke er subjektive eller kan kontrolleres av pasienten, og at en derfor kan gjennomskue pasienter som overdriver smertene sine (Miller et al., 2017, s. 969). Her er det flere ting å ta i betraktning. For det første er det nødvendig å ha kunnskap om smerter fra indre organer og at de kan gi motsatte symptomer av det sympatiske nervesystemet. For det andre vet en ikke alltid hva pasientens normale vitale målinger er, det vil si når vedkommende ikke har smerter. Hvis pasienten for eksempel er hypotensiv til vanlig, vil et tilsynelatende normalt blodtrykk kunne være forhøyet for den enkelte pasienten. Slik kan tegn på smerter overses hvis en tenker at vitale målinger innenfor referanseområdene er enstemmig med at pasienten ikke har smerter. Vitale målinger gir en pekepinn på om pasienten har smerter, men sykepleiere kan ikke vurdere pasienten som smertefri ut fra egne vurderinger og antakelser.

Når en skal kartlegge smerter hos rusmiddelavhengige pasienter må en ha kunnskap om abstinenser. Abstinenser er forklart i kapittel 2.5. Smerter og abstinenser kan opptre samtidig og kamuflere hverandre. Symptomer på abstinenser kan ligne på smertesyndromer med økende puls, respirasjonsfrekvens og blodtrykk, uro og svetting. I tillegg kan abstinenser i seg selv gi smerter i muskler og ledd (Nikolajsen, Finnerup & Sindrup, 2013, s. 75; Simonsen, 2016, s. 29). Hos rusmiddelavhengige pasienter er det nødvendig å kartlegge om pasienten opplever abstinenser samtidig som en kartlegger smertene. For å kartlegge abstinenser må en ha kartlagt pasientens rusmiddelbruk slik det er forklart i kapittel 2.6 (Danielsen, Berntzen &

Almås, 2016, s. 405). I forbindelse med smerter er det vanlig å kjenne angst og hos opioidavhengige pasienter kan angst opptre i kombinasjon med frykt for å få abstinenser (Skoglund & Biong, 2018, s. 186).

I kapittel 2.6.1 ble det forklart hvilke områder som må kartlegges. Smertekvaliteten kan avhenge av hva som forårsaker smerten, og kan gi informasjon om hvilken type smertestillende som bør forordnes av legen. Å kartlegge smertens lokalisasjon kan også gi verdifull informasjon om hva som forårsaker smerten (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398; Werner & Arendt-Nilsen, 2013, s. 50). For å kartlegge smerteintensiteten er det hensiktsmessig å benytte smertekartleggingsverktøy. Det tillater pasienten å gi sin vurdering av smerten, i tillegg til at en får en systematisk vurdering som kan sammenliknes fra gang til gang. Effekten av smertelindringen som gis blir lettere å vurdere, en får et felles begrepsapparat når alle forholder seg til samme verktøy og dokumentasjonen blir mer presis. For at smertekartleggingsverktøy skal utnyttes best mulig bør det brukes aktivt når en kartlegger smerten og vurderer effekten av smertelindrende tiltak. Det anbefales å kartlegge pasientens smerter rutinemessig på lik linje med kontroll av puls, blodtrykk og temperatur (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 390).

Som forklart i kapittel 2.6.2 finnes det ulike smertekartleggingsverktøy, men NRS er det verktøyet som anbefales og brukes mest (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383; Miller et al., 2017, s. 968-969). Noen opplever det utfordrende å bruke NRS for å kartlegge pasientens smerter fordi pasienter som oppgir samme intensitet kan oppleve helt ulike smerter. Dog er det akkurat dette som er så spesielt med smerter. Smerter er fullstendig subjektivt og kun pasienten selv kan kjenne smerten og avgjøre hvor vondt det er (McCaffery & Beebe, 1996, s. 16; Miller et al., 2017, s. 972). Sykepleiere har uttrykt at de ofte er usikre på om pasientene forstår bruken av smertekartleggingsverktøyene, i tillegg til at de ikke vet hvordan de skal tolke verdien pasienten oppgir (Sjøveian & Leegaard, 2012, s. 358). Flere studier viser at sykepleiere vurderer pasientens smerte lavere enn det pasienten selv rapporterer, i tillegg til at de vurderer smerter hos opioidavhengige til et lavere nivå enn hos andre pasienter (Granheim et al., 2015, s. 331; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793; Li et al., 2012, s. 253). Når en pasient sier at han har smerter skal sykepleieren sørge for å lindre smerten. Omsorg bygger på to parter der en har omtenksomhet og bekymring for den andre (Martinsen, 2003, s. 69). Å ikke tro på pasientens smertevurdering er å undertrykke pasientens autonomi og krenke hans integritet, noe som står i mot de yrkesetiske retningslinjene sykepleiere skal rette seg etter (NSF, 2011, s. 8). Min erfaring fra både

kirurgisk og medisinsk avdeling er at sykepleiere flere ganger har vurdert pasientens smerteintensitet lavere enn det pasienten selv har vurdert, og at det er sykepleierens vurdering som videreformidles til legen. Det har hatt konsekvenser for hvilke smertelindrende legemidler og doser legen ordinerer for pasienten.

Det er vanlig å ha en målsetting om at pasienter med akutte eller postoperative smerter ikke skal ha NRS over tre i hvile og ikke over fem ved bevegelse eller hoste (Bache, Schmelling & Tei, 2013, s. 377). Når pasienter angir NRS over seks og samtidig snakker, beveger seg eller har normale vitale målinger, kan sykepleiere tvile på pasientens vurdering (Miller et al., 2017, s. 969; Sjøveian & Leegaard, 2012, s. 385). Mange antar også at pasienter som sover er smertefrie, men smerter er slitsomme og pasienter kan dermed bli utmattet og sovne som følge av smertene (McCaffery & Beebe, 1996, s. 24). Det finnes flere forklaringer på hvorfor pasienter kan bevege seg tilsynelatende fritt rundt selv om de oppgir høy smerteintensitet. Bevegelse kan hjelpe på smertene ved å være en form for avledning og en måte å holde ut smertene på. Smerter kan også variere i perioder, og pasienten kan oppleve periodiske smertetopper, for så å kunne fremstå tilsynelatende smertefri litt senere (Bache, Schmelling & Tei, 2013, s. 380; Granheim et al., 2015, s. 332). Som forklart i kapittel 2.6.1 kan smerter være konstante eller anfallsvise. For å kartlegge om smerten varierer kan en spørre pasienten og bruke smertekartleggingsverktøy for å kartlegge om smerteintensiteten endrer seg ved visse situasjoner. Anfallsvise eller situasjonsutløste smerter kan forebygges med smertestillende legemidler, og det er derfor viktig å observere og dokumentere godt for å kartlegge hvilke situasjoner som utløser og/eller lindrer smertene (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398).

Sykepleiere har opplevd ulike utfordringer ved bruk av smertekartleggingsverktøy som NRS. Noen pasienter er forvirret og vet ikke hvordan de skal rangere smerten (Miller et al., 2017, s. 970). Da kan det være mer hensiktsmessig å benytte VAS hvor pasienten markerer smerten fritt på en linje, eller FPS hvor det er tegninger av ansikter. FPS er hensiktsmessig å bruke hos pasienter med språkutfordringer eller som ikke kan uttrykke seg verbalt (Rustøen, 2007, s. 130; Werner & Arendt-Nilsen, 2013, s. 49). En annen utfordring i studien til Miller et al. (2017) var at sykepleierne opplevde at noen pasienter visste nøyaktig hva de skulle si for å få bestemte legemidler. Sykepleierne i studien fortalte at rusmiddelavhengige pasienter sa at de var allergiske mot spesifikke legemidler slik at de fikk det legemiddelet de ønsket seg (Miller et al., 2017, s. 970;972). Denne påstanden tyder på negative holdninger blant sykepleierne ovenfor pasienter med rusmiddelavhengighet. I studien kom det ikke frem om det var bevist

eller motbevist at pasientene faktisk hadde en legemiddelallergi, og en kan derfor spørre seg om sykepleiernes påstand har faglig grunnlag. Det er krenkende for pasienten å ikke bli trodd på av sykepleieren. Sykepleiere skal verne pasienten mot krenkende handlinger, og vi skal aktivt ivareta pasientens integritet og verdighet (NSF, 2011, s. 7-9).

## 5.4 Kommunikasjon

Det viktigste i møtet mellom pasienten og sykepleieren er god kommunikasjon og gjensidig tillit (Myhra, 2012, s. 148; Strand, 2018, s. 114). Det finnes ingen instrumenter eller målinger som kan påvise smerte hos en pasient, og opplevelsen er subjektiv. Sykepleiere kan tenke at pasientene overdriver smerten, samtidig med at pasientene kan være redde for å ikke bli trodd (Miller et al., 2017, s. 967). Når pasientene ikke blir tatt på alvor av helsepersonell kan de innse at de ikke kan gjøre noe for å bevise at de har smerter og håpet til pasientene blir da å finne noen som tror på dem og deres følelser (McCaffery & Beebe, 1996, s. 16). Tillit mellom to personer betyr at den andres godhet, ærlighet og kompetanse er til å stole på. Å ha tillit til noen medfører ofte at den ene får makt til å handle på den andres vegne (Fugelli, 2013, s. 88). Alle menneskelige relasjoner innebærer makt og sykepleierens makt over pasienten øker i relasjoner hvor pasienten er omsorgstrengende og avhengig av sykepleieren (Brinchmann, 2016b, s. 125; Martinsen, 2003, s. 17). Som sykepleiere har vi ansvar for å ikke misbruke makten, men bruke den til noe godt. Vi må ta gode avgjørelser på pasientens vegne, og vise pasienten at han kan stole på sykepleieren (Brinchmann, 2016b, s. 125).

En sentral del av smertebehandlingen er møtet mellom sykepleier og pasient, og hvordan de forholder seg til hverandre. Pasienter med smerter oppgir at de har et behov for å føle seg møtt av sykepleieren, og at de skulle ønske at sykepleieren kunne være hos dem og snakke med dem når de har smerter. Flere pasienter har også sagt at de ville trengt mindre mengder smertestillende medikamenter hvis sykepleieren hadde vist nærhet og tatt seg tid til å skape en relasjon med de (Rustøen, 2007, s. 129). Dette kan ses i sammenheng med at nærhet og kommunikasjon er en form for avledning som kan ha smertestillende effekt slik det er forklart i kapittel 2.7.2. Avledning betyr her å øke andre sanseopplevelser for å redusere følelsen av smerte. Hørsel, syn, berøring og bevegelse er de sansene som er særlig effektive for å redusere smerteimpulsene (McCaffery & Beebe, 1996, s. 162; Sand et al., 2011, s. 155). Slik er kommunikasjon og etablering av en tillitsfull relasjon smertelindrende tiltak. Som nevnt tidligere har sykepleieren ansvar for å lindre lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22; NSF,



2011, s. 9). Det praktiske aspektet ved omsorg innebærer at vi skal delta praktisk i den andres lidelse, og vi skal hjelpe den andre betingelsesløst. Hjelpen skal ikke gis ut fra en motivasjon om et forventet resultat eller fordi en forventer å få noe tilbake, men fordi pasientens tilstand tilsier at han trenger hjelp (Martinsen, 2003, s. 16). Det betyr altså at vi skal bruke tid og innsats på å hjelpe pasienten uten å forvente noe tilbake, men kun fordi vi ser at pasienten trenger hjelp og vi ønsker ham godt.

En god hjelper beskrives som en som møter pasienten med anerkjennelse, respekt, likeverdighet og tillit (Fugelli, 2013, s. 89). For at møtet skal bli best mulig må sykepleieren se bort fra egne verdier og holdninger, og være åpen for pasientens synspunkter og perspektiver (Bache, Schmelling & Tei, 2013, s. 375). Det kan være utfordrende å forholde seg til holdninger og verdier som ikke samsvarer med sine egne, men det er likevel viktig å være klar over at det er nødvendig å gi av seg selv for å kunne knytte et ordentlig bånd til andre mennesker. En må forsøke å sette seg inn i den andres situasjon, identifisere seg med den andre og tenke seg at rollene kunne vært byttet om (Martinsen, 2003, s. 16-17; Myhra, 2012, s. 153). Ærlig og direkte kommunikasjon beskrives av erfarne sykepleiere som essensielt for å få til gode møter med pasienten (Govertsen et al., 2019, s. 5). For å få frem pasientens perspektiver og synspunkter er det hensiktsmessig å stille åpne spørsmål. Da fremstår en interessert og pasienten inviteres til å utdype og fortelle om tankene sine (Eide & Eide, 2010, s. 276). Et kjennetegn på god kommunikasjon er at en kartlegger pasientens problemer, behov, ressurser og tanker, i tillegg til at sykepleieren er ærlig med pasienten om sine tanker (Eide & Eide, 2010, s. 316; Johnsen & Backer, 2013, s. 124). Det er viktig å være bevisst på at pasienten er ekspert på sitt eget liv og har mye kunnskap om seg selv, mens sykepleieren har generell kunnskap om for eksempel diagnoser eller legemidler. Når sykepleier og pasient samarbeider og deler kunnskaper og erfaringer vil en oppnå et godt samarbeid og god kommunikasjon (Sneltvedt, 2016, s. 153; Strand, 2018, s. 114).

Som nevnt i kapittel 5.2 ønsker sykepleiere ikke å bruke like mye tid med opioidavhengige pasienter som med andre pasienter fordi sykepleierne ser på tilstanden deres som selvforskyldt (Li et al., 2012, s. 258). Sykepleiere i en studie fortalte at de kun bruker tid på kroppslig pleie, men ikke tar seg tid til å danne en relasjon og ha en samtale med pasienten (Morgan, 2014, s. 173). Et slikt utsagn tyder på at sykepleierne i studien ikke var opptatt av å gi helhetlig sykepleie. Sykepleiere har i følge våre yrkesetiske retningslinjer plikt til å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og pleie (NSF, 2011, s. 8). Plikten til å opptre forsvarlig slik den er beskrevet i lovverket innebærer også at pasientene har rett på helhetlig

behandling (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Som en kontrast til studien fra Morgan (2014) ble det i en norsk studie gjennomført intervjuer med sykepleiere som har god erfaring med rusmiddelavhengige pasienter. Blant disse sykepleierne var det enighet i at rusmiddelavhengige trenger å bli møtt av sykepleiere som tar seg tid til dem og viser trygghet (Govertsen et al., 2019, s.5). Rusavhengige pasienter er ofte vant til å bli møtt med mistillit fra andre, noe som gjør det ekstra krevende å skape et tillitsforhold. Sykepleierne i studien til Govertsen et al. (2019) påpekte at det kan være et tidkrevende arbeid, men at det er essensielt for å lykkes med smertelindringen (s. 9). Det er store kontraster blant sykepleierne i studiene til Morgan (2014) og Govertsen et al. (2019). Sykepleierne i sistnevnte studie viser hvor viktig det er med kunnskap og erfaring med rusmiddelavhengige pasienter for å lykkes med behandlingen. Mennesker lærer ut fra det en anser og har erfaring med som verdifullt. Gjennom å utføre handlinger med et personlig engasjement, i tillegg til å vise sympati med pasienten, kommer det moralske aspektet ved omsorg tydelig frem (Martinsen, 2003, s. 17).

Hvis pasienter med like diagnoser eller problemstillinger settes i samme bås kan en lett tenke at pasienten kun er diagnosen sin, og at det ikke er noe menneske bak. En rusmiddelavhengig pasient har sagt følgende: «Ofte er en rusmiddelmissbruker vant til å bli sett på, men ikke å bli sett» (Myhra, 2012, s. 150). Det er stor forskjell på å bli sett som et helt menneske, og å bli sett på som en diagnose eller en kategori. Når en reduserer pasienten til en kategori velger en samtidig å kun fokusere på ett område av pasienten, og se bort i fra de mange andre delene av pasienten som for eksempel tanker og følelser. Ved å ikke ta hensyn til disse aspektene ved pasienten krenker man pasientens autonomi. Pasientens autonomi er en av de fire etiske prinsippene som nevnt i kapittel 2.3.2 og innebærer at pasienten har rett til informasjon og rett til å medvirke i behandling (Brinchmann, 2016a, s. 89-90). Pasientens rettigheter er også lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1;§3-2). Sykepleie baserer seg på et holistisk menneskesyn som betyr at det helhetlige bildet er viktigere enn summen av enkeltbiter. Det medfører at en ikke ser på pasienten som bare en fysisk kropp, men som et menneske som en helhet med både kropp, tanker, ressurser og følelser (Odland, 2016, s. 27). Når en tar seg tid til å bli kjent med en person, kommer det alltid frem mange nye sider ved personen (Myhra, 2012, s. 150). Anerkjennelse er nødvendig i en god relasjon og forutsetter gjensidighet mellom pasient og sykepleier (Honneth, 2008, s. 101). Pasient og sykepleier må anerkjenne hverandre gjennom å vise trygghet og opparbeide en gjensidig tillit i relasjonen (Humerfelt, 2010, s. 139). Når sykepleieren anerkjenner pasienten viser sykepleieren tydelig at hun har respekt for pasienten, hans opplevelse av situasjonen og det faktum at pasienten har

sider ved seg som kan være annerledes enn det sykepleieren kjenner seg igjen i eller er vant med (Humerfelt, 2010, s. 138).

## 6 Konklusjon

Oppgavens formål var å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter innlagt på sykehus. Litteraturen fremhever fire hovedområder som er sentrale i arbeidet med smertelindring av denne pasientgruppen: kunnskap, holdninger, kartlegging av smerter og kommunikasjon.

Basert på funn i forskning og faglitteratur fremstår kunnskap og holdninger som de to viktigste områdene. Negative holdninger tyder på å ha sammenheng med manglende kunnskap om både pasientgruppen, opioider og smerter generelt. Kunnskapsmangler eller feilantakelser kan på sin side føre til dårlige holdninger, slik at holdninger og kunnskap påvirker hverandre. Sykepleiere må ha tilstrekkelig kunnskap og gode holdninger for å sikre god smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter.

Kommunikasjon er også en viktig del av behandlingen. Hvis en tar seg tid til å snakke med pasienten og skape en tillitsfull relasjon, kan det i seg selv bidra til smertelindring. Hvis en i tillegg benytter seg av smertekartleggingsverktøy for å sikre en individuell smertebehandling, er mulighetene gode for å oppnå adekvat smertelindring av rusmiddelavhengige pasienter.

## Referanseliste

- Bache, N., Schmelling, W. & Tei, R. M. H. (2013). Smerter og sygepleje. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.), *Smerter – baggrund, evidens, behandling*. (3.utg, s. 373-386). København: FADL's Forlag.
- 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. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>
- Brinchmann, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 114-129). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodal, P. (2007). Smertens nevrobiologi. I A. Aambø (Red.), *Smerter – smerteopplevelse og atferd*. (s. 41-49). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Baastrup, C. S., Dahl, J. B., Arendt-Nilsen, L. & Jensen, T. S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.), *Smerter – baggrund, evidens, behandling*. (3.utg, s. 15-34). København: FADL's Forlag.
- Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg, s. 159-177). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2018). *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* (5.utg, bind 1, s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Den norske legeforening (2009). Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra:  
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Veiledere/Retningslinjer-for-smertelindring>
- Dever, C. (2017). Treating acute pain in the opiate-dependent patient. *Journal of Trauma Nursing*, 24(5), 292-299. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000309>
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320>
- Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C., Nordstrand, B., Clausen, T. & Skurtveit, S. (2011). Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: a pharmacoepidemiological study. *Drug and Alcohol Dependence*, 116(1-3), 158-162.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.014>
- Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- Govertsen, A. B., Aanensen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, 14(75746)(e-75746), 1-17. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2019.75746>
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.55983>
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*, 374(9697), 1284-1293.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61036-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61036-9)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* (Prop. 15 S (2015-2016)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar*. (Rundskriv IS-8/2015). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra:

<https://finnkode.helsedirektoratet.no>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:

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

Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. (2. utg). Oslo: Pax Forlag.

Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning* (s. 133-149). Bergen: Fagbokforlaget.

Jensen, T. S, Arendt-Nilsen, L & Dahl, J. B. (2013). Smerter – en introduktion. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.), *Smerter – baggrund, evidens, behandling*. (3.utg, s. 11-14). København: FADL's Forlag.

Johnsen, S. K. & Backer, E. C. (2013). Holdning, handling og kommunikasjon – perspektiver på kommunikasjon i sykepleien. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 120-129). Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg, s. 83-133).

- Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35, 789-794.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien forskning*, 7(3), 252-260.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter – lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Miller, L. E., Eldredge, S. A. & Dalton, E. D. (2017). «Pain is what the patient says it is»: nurse-patient communication, information seeking, and pain management. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(10), 966-976.  
<https://doi.org/10.1177/1049909116661815>
- Morgan, B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley, G., Briggs, E. & Chumley, G. (2015). Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Myhra, A-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner – realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nikolajsen, L., Finnerup, N. B. & Sindrup, S. H. (2013). Analgetika. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.), *Smerter – baggrund, evidens, behandling*. (3.utg, s. 69-84). København: FADL's Forlag.



- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](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* (5.utg, bind 1, s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 25-42). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerter og smertelindring. I A. Aambø (Red.), *Smerter – smerteopplevelse og atferd*. (s. 127-142). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2011). *Menneskekroppen*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet – lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sjøveian, A. K. H. & Leegard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 380-387. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>
- Skoglund, A. & Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg, s. 178-194). Oslo. Cappelen Damm akademisk.
- Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2016). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 341-352). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sneltvedt, T. (2016). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 147-161). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Strand, L. R. (2018). Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s. 88-117). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Werner, M. U. & Arendt-Nilsen, L. (2013). Vurdering af smerte. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nilsen (Red.), *Smertesmerter – baggrund, evidens, behandling*. (3.utg, s. 47-56). København: FADL's Forlag.