



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Emnekode: SYK180H 000

Dato: 09.04.2014

Kandidatnr.: 180 og 153

Totalt antall sider: 45

«Hvordan kan sykepleiere bidra til at rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus får optimal medikamentell smertebehandling?»



INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	3
1.0 INNLEDNING.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Formålet med oppgaven.....	5
1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted	5
1.4 Presentasjon av problemformulering.....	5
1.5 Avgrensning og presisering av problemformulering.....	5
1.6 Oppgavens oppbygging.....	6
2.0 METODE.....	8
2.1 Valg av metode	8
2.2 Litteratursøk.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Analyseprosessen.....	10
3.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV.....	11
3.1 Menneskesyn.....	11
3.1.1 Pasient	11
3.2 Definisjon på sykepleie	12
3.3 Menneske-til-menneske-forhold.....	12
3.3.1 Kommunikasjon	13
3.4 Begrepet smerte.....	14
4.0 TEORI.....	15
4.1 Rusmidler.....	15
4.1.1 Opioider.....	15
4.2 Rusmisbruk.....	15
4.2.1 Avhengighet.....	16
4.2.2 Abstinens.....	16
4.3 Rusmisbrukeres helsetilstand.....	16
4.4 Stigmatisering.....	17
4.5 Smerter.....	17
4.5.1 Opioidindusert hyperalgesi.....	18
4.6 Smertekartlegging og dokumentering.....	18
4.7 Smertebehandling til rusmisbruker.....	18
4.7.1 Smertebehandling ved økt toleranse.....	19
4.7.2 Behandling av opioidindusert hyperalgesi	19
4.7.3 Utilstrekkelig behandling av smerter.....	20
5.0 LITTERÆRE FUNN.....	21
5.1 Funns i forhold til sykepleieres utfordringer ved medikamentell smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus.....	21
5.1.1 Sykepleiere stempler rusmisbrukere som rus-søkende.....	21
5.1.2 Mangel på kunnskap er årsak til negative holdninger ovenfor rusmisbrukere.....	21
5.1.3 Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandlingen.....	22
5.1.4 Manglende kunnskap påvirker smertebehandlingen.....	22
5.1.5 Sykepleiere møter hindringer i arbeidssituasjonen.....	22
5.1.6 Sykepleiernes rutiner utfordrer rusmisbrukernes ritualer og omvendt.....	22
5.2 Rusmisbrukeres perspektiv på akutt smertebehandling.....	23
6.0 DRØFTING.....	25
6.1 Hva må til for å etablere en god mellommenneskelig relasjon mellom sykepleier og rusmisbruker?.....	25

6.2 Hva må sykepleiere spesielt tenke på i kartleggingen av smerter hos rusmisbrukere?.	29
6.3 Sykepleierens roller i smertebehandling til rusmisbrukere.....	32
7.0 AVSLUTNING.....	35
LITTERATURLISTE.....	36
VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK	41
VEDLEGG 2 – ARTIKKELMATRISE.....	43

FORORD

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært svært lærerikt, men utfordrende. Det finnes mye spennende litteratur om smertebehandling til rusmisbrukere, og vi har hatt gleden av å få lest noe av denne i løpet av disse ukene. Denne lesingen har gitt oss et godt kunnskapsgrunnlag, som vi vil få god bruk for når vi nå skal ut og arbeide som selvstendige sykepleiere og møte denne pasientgruppen.

Vi ønsker å takke June, Merethe og May Helen for gjennomlesing av oppgaven og for gode råd og tilbakemeldinger.

Oppgavens omfang er på 9824 ord.

1.0 INNLEDNING

Vi er to sykepleierstudenter som samarbeider om å skrive bacheloroppgave. Temaet for denne oppgaven er *smertelindring av rusmisbrukere innlagt på somatisk sykehus*.

Rusmisbruk er et stort samfunnsproblem, fordi det angår så mange. I Norge er det årlig mellom 120 000 og 193 000 mennesker i aldersgruppen 15-59 år som har brukt narkotika(Lund et al., 2010). I 2010 ble det antatt at mellom 8 300 – 11 800 av rusmisbrukerne er sprøytenarkomane(Hordvin, 2012).

Internasjonale undersøkelser viser at omtrent hver tiende av alle akuttinnleggelser på somatiske sykehus dreier seg om rusmisbrukere, hovedsaklig sprøytenarkomane. Disse innleggelsene er som regel rusrelaterte eller livsstilsrelaterte(McCreaddie et al., 2010). De hyppigste årsakene til akuttinnleggelser blant rusmisbrukere er fysisk traume og infeksjoner(Blay, Glover, Bothe, Lee, & Lamont, 2012).

Rusavhengighet regnes for å være en psykisk lidelse. Det finnes to godkjente definisjoner på rusdiagnoser av substanser, én i ICD-10(internasjonal statistisk klassifisering av sykdommer) og én i DSM-IV(klassifikasjonssystem for psykiske lidelser utgitt av den Amerikanske Psykiaterforening). I mange av artiklene vi har brukt i oppgaven, henvises det til DSM-IV. DSM-IV sin definisjon er en bredere kategori, fordi den legger mer vekt på sosiale konsekvenser, samt kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk(Helsedirektoratet, 2011). En nyere undersøkelse viser at så mange som ni av ti rusavhengige har en annen psykisk lidelse i tillegg(Langås, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis i sykepleierutdanningen og ordinært arbeid både før og under sykepleierutdanningen, har vi møtt rusmisbrukere som beskriver noe de opplevde som «et smertehelvete». Smertene deres ble underbehandlet fra de ble innlagt på sykehus, til de skrev seg selv ut for å kunne drive «egen smertelindring». Noen ganger førte underbehandlingen til at rusmisbrukerne ble desperate, og «egenbehandlingen» ble til en overdose. Derfor havnet de på sykehus igjen, bare denne gangen på intensiv avdeling. Det kunne fått fatale følger. Disse møtene har gjort et sterkt inntrykk på oss.

I løpet av sykepleiestudiet har vi observert møtet mellom rusmisbrukere og helsepersonell. I praksisene har vi sett at rusmisbrukere ofte kan bli stigmatisert og ikke trodd på, når de sier at de opplever smerte. Forskning viser også at helsepersonell både stigmatiserer og underbehandler rusmisbrukere (Blay et al., 2012; D'Arcy, 2010; Dunn & Neuman, 2012; Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012).

1.2 Formålet med oppgaven

Årsaken for vårt valg av tema, er at vi ønsker å øke vårt kunnskapsnivå om smertebehandling til rusmisbrukere, slik at vi får større kompetanse til å gi denne pasientgruppen god og forsvarlig pleie. Vi håper også at oppgaven vår kan bidra til bevisstgjøring av sykepleieres egne holdninger og at avdelinger ønsker å sette sykepleie og smertebehandling til rusmisbrukere mer i fokus.

1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted

Vi er snart ferdig med et treårig bachelorstudie i sykepleie. Som godt voksne sykepleiestudenter har vi arbeidet med rusmisbrukere i omsorgsboliger og hjemmetjenesten i noen år. Vi har sett hvordan rusmisbrukere har blitt behandlet av helsepersonell på de ulike arenaer. Det at vi i tillegg har hatt flere praksisperioder på sykehus, gjør at vi har fått et lite innsyn i problematikken rundt smertebehandling av innlagte rusmisbrukere.

1.4 Presentasjon av problemformulering

På bakgrunn av det vi tidligere har skrevet i innledningen, er vår problemstilling følgende: *«Hvordan kan sykepleiere bidra til at rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus får optimal medikamentell smertebehandling.»*

1.5 Avgrensning og presisering av problemformulering

Smerter kan behandles eller lindres på flere måter. Vi har fokusert på sykepleierens roller ved medikamentell behandling av rusmisbrukere med akutte smerter.

Målgruppen er voksne rusmisbrukere mellom 18-60 år. Årsaken til at vi begrenser målgruppen i forhold til alder, er av hensyn til oppgavens størrelse; ved å ta med pasienter

over 60 år glir oppgaven over til å også omhandle geriatri. Man ville fått enda flere hensyn å ta, blant annet fordi aldersforandringer har innvirkning på legemiddelbehandling. I følge Simonsen et al.(2010) påvirker aldersforandringer både farmakokinetikk og farmakodynamikk.

Rusmisbruk beskrives som all bruk av illegale legemidler, midler og løsemidler, samt bruk av legemidler som gir ruspotensial i en ikke-terapeutisk hensikt(Simonsen, Aarbakke, & Lysaa, 2010).

I denne oppgaven fokuserer vi på misbrukere av opioider, da våre erfaringer fra praksis i hovedsak er knyttet til opioidemisbrukere.

Det er forskjell på *rusmisbruk* og *rusavhengighet*. En rusmisbruker defineres ikke som *avhengig* før han bruker rusmiddelet jevnlig(Simonsen et al., 2010).

I denne oppgaven tar vi for oss rusmisbrukere som er *rusavhengige*. I dagligtale er det vanlig å bruke «rusmisbruker» om begge begrepene(Simonsen et al., 2010). Dette gjelder også for oppgaven vår; med *rusmisbruker* mener vi en som er rusmiddelavhengig.

Med «optimal smertebehandling» mener vi at pasienten skal bli så godt smertelindret som mulig. «Hovedmålet med smertebehandlingen er klart for alle - pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødige lidelser.»(Berntzen, Danielsen, & Almås, 2010, s. 362). Det er ikke i alle situasjoner at en klarer å oppnå total smertelindring, men målet er å gjøre det man kan.

1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenterer vi hvilken metode vi har brukt. Vi forklarer kort hvordan vi har skaffet litteratur, og hva vi har tatt hensyn til i valget av kilder.

Deretter i kapittel 3 finner vi vår sykepleieteoretiske referanseramme. Her beskrives hvilket menneskesyn vår sykepleieteoretiker har, samt noen andre relevante tema fra hennes sykepleieteori.

I kapittel 4 er teori om rusmidler, rusmisbruk, stigmatisering, smerter og smertekartlegging kort belyst. Vi har også valgt å belyse hvilke helseskader som går igjen blant rusmisbrukere, og vi har teori som går på smertebehandling til rusmisbrukere.

Kapittel 5 inneholder en presentasjon av våre litterære funn, og i kapittel 6 drøfter vi funnene våre i forhold til teori og egne erfaringer.

Vi avslutter oppgaven vår med en kort oppsummering.

2.0 METODE

Metode er en måte å gå fram på for å skaffe kunnskap, eller kontrollere om påstander er sanne, gyldige eller holdbare(Tranøy, 1986).

2.1 Valg av metode

Vi har valgt *litteraturstudie* som metode i denne oppgaven. Våre tidligere erfaringer har også stor betydning, da våre opplevelser er årsaken til valg av tema. Førforståelsen har hatt innvirkning på søk av litteratur, og på den måten gitt oppgaven en *hermeneutisk vinkling*. Dette innebærer at vi prøver å fortolke de ulike sidene av fenomenet for å skape en forståelse av det. Vi må veksle mellom å se på helheten og de enkelte deler, og mellom litteraturen og våre egne erfaringer(Dalland, 2007). Det er gjennom denne pendlingen vi forsøker å oppnå en større forståelse.

2.2 Litteratursøk

Litteraturen vi har brukt er funnet gjennom søk i databaser som var tilgjengelige via universitetet. Disse databasene er: Oria, Swemed, Cochrane, Bibsys og Scopus. I Swemed fant vi lite relevant stoff, men hadde god nytte av MeSH-funksjonen for å finne gode søkeord. MeSH står for Medical Subject Headings, og funksjonen kommer automatisk med ordforslag fra databasens emneordsystem(Støren, 2010).

Søk i Oria gav mange gode resultat, og de fleste artiklene er funnet her. Vi søkte også i Scopus og hadde god nytte av funksjonene der. Her avgrenset vi søkene ut fra utgivelsesår, innenfor sykepleiefaget og på artikkeltype.

Det er gjort *bevisst tilfeldig søk*, *systematisk søk* og *kjedesøk*.

Bevisst tilfeldig søk er søk hvor man lar tilfeldigheten styre. Man får et innfall, trykker på en link og lar seg inspirere(Rienecker, Stray Jørgensen, Skov, & Landaas, 2013). Denne metoden ble bruk helt i starten av prosessen, i *idéfasen*, og i tilfeller der andre søkemetoder ikke har gitt ønsket resultat. Eksempel: da en av oss var innom biblioteket og fikk øye på magasinet «Rus og samfunn», bladde han litt i det og fant info om Sirius.no. I Sirius fant vi blant annet statistikk om rusmiddelbruk i Norge.

Systematisk søk gjøres i databasene med bruk av forhåndsvalgte søkeord og kombinasjoner av disse(Rienecker et al., 2013). Det er tre *boolske operatører* som er vanlige i databaser: AND, OR og NOT(Støren, 2010). Vi har greid oss med å bruke AND. Ved å kombinere søkeordene fikk vi færre treff, men treffene ble mer presise i forhold til ønsket resultat. I Scopus kombinerte vi for eksempel søkeordene: Pain AND drug abuse. Søket ble også avgrenset til de siste fem årene og til å inneholde sykepleiefaglig litteratur i form av artikler. Vi fikk 67 treff, som vi sorterte etter «mest sitert». Det øverste treffet på listen var da «*How substance abuse impacts pain management in acute care*» av Dawn Dunn og Janette Neuman, en artikkel vi henviser til i oppgaven vår.

Kjedesøk er søk der den ene teksten fører til den neste, som igjen fører til den neste(Rienecker et al., 2013). I referansene til artikkelen av Dunn & Neuman, fant vi Yvonne D'Arcy, MS, CRNP, CNS. Da vi søkte på Yvonne D'Arcy fikk vi mange relevante treff, som så igjen ledet til andre relevante treff. Kjedesøk har bidratt til at vi funnet frem til *primærkilden*. Primærkilder er den opprinnelige kilden til det som refereres til i en tekst. Dersom forfattere er lite tilgjengelig og oftest leses i andres bearbeiding, dreier det seg om en *sekundærkilde*(Dalland, 2007).

«Vedlegg 1» inneholder søkehistorikken vår. Ikke all litteratur er funnet gjennom søk i databaser, så disse finner man ikke i søkeshistorikken vår. Dette kan for eksempel være bøker som vi hadde fra før, slik som Goffman.

2.3 Kildekritikk

Dalland sier at en *kilde* kan være egne erfaringer, data fra skriftlige kilder, eller en kombinasjon av disse(Dalland, 2007).

«*Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet*»(Dalland, 2007, s.79).

I utvelgelsen av kilder har vi vurdert innholdet i forhold til problemstillingen vår. Vi har sett på hvem forfatteren er og når litteraturen ble publisert. Målet var å bruke litteratur avgrenset til de siste fem år, samt å bruke litteratur som er forankret i sykepleiefaget. Norsk litteratur på området har blitt brukt så langt det har vært mulig, dette fordi den norske litteraturen som

oftest tar for seg norske forhold med de eventuelle særegenheter dette medfører. Utover dette begrenser vi oss til artikler utgitt på engelsk, noe som begrunnes i egne språkferdigheter. Det er også et rikere kildemateriale på engelsk.

2.4 Analyseprosessen

En analyse deler en tekst systematisk opp i komponenter(Rienecker et al., 2013, s. 221). Vi leste grundig gjennom artiklene for å få en oppfatning av hva som sto der, og underveis mens vi leste tok vi notater. Vi noterte stikkord over viktige funn i artiklene som kunne knyttes til vår probemstilling. For å skape en oversikt over de ulike artiklene vi fant, laget vi en artikkelmatrise. Som et eksempel medfølger atrikkelmatrisen over de artiklene vi endte opp med å bruke som «Vedlegg 2».

Noen tema virket å være gjengangere i artiklene, så som stigma og manglende kunnskap. Disse temaene var utgangspunktet for neste fase i analyseprosessen. Vi leste gjennom artiklene en gang til, denne gangen markerte vi i teksten med merkepenn. Der vi fant stoff som tilhørte de ulike temaene, markerte vi med hver sin farge. Dette gav oss god oversikt over funnene.

3.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV

Vi har tatt utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbee ble født i New Orleans i 1926 og ble ferdig utdannet sykepleier i 1946. Hun arbeidet etter dette som psykiatrisk sykepleier og lærer for sykepleierutdanningen. Travelbee døde i 1973, bare 47 år gammel (Travelbee & Thorbjørnsen, 2001).

Vi har valgt Travelbees sykepleieteori på grunn av hennes vektlegging av menneske-til-menneske-forholdet. For å være i stand til å gi god pleie må dette forholdet skapes, et syn vi deler med henne.

All teori i dette kapitlet kommer fra samme bok.

3.1 Menneskesyn

Travelbee definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ, en engangsforeteelse i denne verden. Hvert enkelt menneske har en verdi i seg selv. Hun mener at utgangspunktet for å samhandle med andre mennesker bør være en forståelse av at mennesker er mer forskjellige enn de er like. Med et slikt grunnsyn vil en lettere kunne unngå feilen med å regne med at den andre er lik en selv, og dermed dømme den andre ut fra hva en selv ville gjort, eller ikke gjort.

Travelbee påpeker at vi mennesker har en tendens til å kategorisere hverandre. *Pasient* er en slik kategori, eller merkelapp. Et annet problem hun tar opp er når et individ blir oppfattet som en *sykdom*, altså at sykdommen blir referert til, og ikke personen; at sykdommen er noe en *er* og ikke noe en *har*. Mennesker kan også bli oppfattet som *arbeidsoppgaver*. Alle disse kategoriene utsetter individene for en *reduksjonsprosess*. De vanligste reaksjonene hos mennesker som blir utsatt for en reduksjonsprosess er sinne, irritabilitet, ansenhet, rastløshet, enkelte kan også føle depresjon, håpløshet, tristhet og apati.

3.1.1 Pasient

En sykepleier kan forbinde begrepet «pasient» med en generalisering som dekker «alle pasienter», og overse eller se bort fra at alle pasienter er unike. Egentlig fins det ikke «pasienter», det er bare mennesker som trenger hjelp og tjenester fra andre mennesker.

Sykepleier: «Det er bare ansiktene deres som er forskjellige- men etter en stund ser de like ut for meg alle sammen»(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001, s. 65).

3.2 Definisjon på sykepleie

Sykepleie er en prosess som omhandler mennesker. En aktivitet, eller en fortløpende bevegelse som resulterer i et samspill mellom sykepleieren og den syke, innvirker slik at det blir forandringer. Disse forandringene skjer som et resultat av det ene individets innvirkning på det andre. Å kunne identifisere og frambringe endringer på en innsiktsfull, omtensksom og målrettet måte, er en sykepleieaktivitet(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001, s. 30).

Travelbee sier at målet med sykepleie er;

1. *Å hjelpe enkeltindividet, familien, eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.*
2. *Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)*(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001, s. 48).

Disse to funksjonene ligger til grunn for hva som er et profesjonelt bidrag fra sykepleiere. For å kunne utøve funksjoner som tilfredsstillende disse kravene, må sykepleieren ha kunnskap, ferdigheter, innsikt, kompetanse, takt og oppfinnsomhet.

3.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee sier at sykepleierens mål må være å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Hvis den syke skal kunne hjelpes til å finne håp og mening, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse, må dette mellommenneskelige forholdet skapes.

- Travelbee beskriver hvilke faser som sykepleier og pasient må gjennomgå for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold: Det innledende møtet: her vil sykepleieren observere, bygge antakelser og få meninger om pasienten, og omvendt.
- Fremvekst av identiteter: sykepleieren og pasienten knytter seg til hverandre og ser på hverandre som enestående individer, og mindre som kategorier.

- Empatifasen: sykepleieren tar del i pasientens sinnstilstand, og de får en følelse av å være sammen om noe, samtidig som man er to ulike personer. Det må være *likhetstrekk* mellom personenes erfaringer for at empati skal kunne oppstå.
- Sympati og medfølelse: denne evnen springer ut av empatiprosessen, men er et steg videre, fordi det nå foreligger et grunnleggende ønske om å hjelpe den syke. Sykepleieren involverer seg ved å ha omsorg for den syke, og å omsette denne omsorgsfølelsen til en hjelpende handling.

Når sykepleier og pasient har gjennomgått de fire ovennevnte fasene, sitter partene igjen med en gjensidig forståelse og kontakt, og et menneske-til-menneske-forhold er etablert.

3.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er i følge Travelbee en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere en mellommenneskelig relasjon. Kommunikasjon er en handling, eller atferd, hvor utveksling av meninger og tanker blir overført fra avsender og til mottaker, og brukes for å søke og gi informasjon og til å motivere syke mennesker. Pasienten bruker også kommunikasjon for å få den hjelpen som trengs. Sykepleieren må forstå hva pasienten kommuniserer, og så bruke denne informasjonen til å planlegge sykepleieintervensjoner. Gjennom måten sykepleieren utfører sine tjenester på, ved bruk av blick og non-verbale uttrykk, vil pasienten få sin oppfatning av sykepleieren, og i hvilken grad sykepleieren kan betraktes som et hjelpende menneske. Dersom sykepleieren ikke interesserer seg for pasienten, vil interessemangelen kommuniseres, uansett hva sykepleieren gir uttrykk for verbalt, og pasienten vil reagere tilsvarende. Kommunikasjon har en dyp innvirkning på mellommenneskelige nærhet i sykepleiesituasjoner, og den kan brukes til å støte bort, eller å trekke til seg mennesker.

I mange situasjoner kan kommunikasjonen bryte sammen, og det skyldes som regel at den ene parten ikke oppfatter den andre som et unikt menneskelig individ. Travelbee sier at dette skjer for eksempel når sykepleiere har forutinntatte holdninger, trekker slutninger og danner seg oppfatninger om atferd, eller generaliserer en bestemt gruppe mennesker.

3.4 Begrepet smerte

Travelbee forklarer *smerte* som et vagt begrep, fordi smerte *i seg selv* ikke lar seg observere. Det er bare virkningene av smerte vi kan registrere. Smerte er en intenst ensom erfaring. Det er svært vanskelig, nesten umulig å formidle smerteerfaringen til andre slik at de forstår fullt ut hva den består i. Helsepersonell kan i beste fall komme med gjetninger når det gjelder intensiteten i smertene. Reaksjonen fra sykepleiere og annet helsepersonell antas å ha stor betydning for den som strever med å mestre situasjonen. Denne betydningen kan være både til hjelp og det kan være et hinder. Enkelte kan merke det svært godt, dersom andre ikke tror på dem når de forteller om sin smerte.

Travelbee holder det for høyt sannsynlig at hyppigheten av «klagene» og pasientenes væremåte påvirker sykepleiernes holdninger til dem. Hvert enkelt menneske er unikt og opplever smerte på sin egen unike måte. Sykepleieren må godta pasientens opplevelse av smerte som gyldig, og forsøke å finne måter å hjelpe vedkommende på.

4.0 TEORI

4.1 Rusmidler

Rus assosieres med ulik grad av redusert innlæringsevne, konsentrasjonsevne og korttidshukommelse, samt nedsatt kritisk sans. Bruk av rusmidler kan gi en positiv følelse hos brukeren, særlig i tidlig fase. Denne opplevelsen stimulerer ofte til et ønske om videre bruk(Simonsen et al., 2010).

Et *rusmiddel* er en kjemisk eller biologisk substans som gir *rus*. Rusmidler har en sentralnervøs effekt som forandrer psyken og gir en merkbar endring i atferd. Eksempler på rusmidler kan være amfetamin, nikotin, alkohol og opioider(Simonsen et al., 2010).

Rusmidler kan dempe ulike former for angst og uro, men de kan også øke intensiteten i følelsesspekteret, som sinne, tristhet og glede. Rus demper ulike tilstander fra person til person, det kan være psykisk og fysisk smerte, og den kan fylle emosjonelle tomrom(Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, & Engell, 2010).

4.1.1 Opioider

Opioider er en fellesbetegnelse på stoffer som virker ved å binde seg til ulike opiatreseptorer som er ujevnt fordelt i kroppen vår. De ulike reseptorene stimuleres av ulike opioider. Plantesaften fra opiumvalmuen brukes til utvinning av morfin. Mange opioider, for eksempel Metadon, er kunstig fremstilt, men har mange likheter med morfin(Simonsen et al., 2010).

Opioider påvirker belønningssentre i det limbiske system, som er forbundet med hurtig frigjøring av store mengder dopamin. Når opioide blir sniffet, røkt eller injisert, inntreffer virkningen hurtig. Når stoffet tas per oralt, innsetter effekten langsommere, derfor er per orale medikamenter mindre attraktive for rusmisbrukere(D'Arcy, 2010).

4.2 Rusmisbruk

Det kan være vanskelig å forstå hvorfor noen blir rusmisbrukere. Årsakene er som regel et vanskelig samspill mellom flere opplevelser i et menneskes hverdag. Enkelte kan ha dårlig selvtillit, psykiske problemer som angst og uro, eller bare trenge en «pause» fra hverdagens

realiteter. Andre igjen er arvelig disponert, og noen blir avhengige etter foreskrivning av smertestillende medikamenter fra lege. Det kan være nysgjerrighet, lett tilgang og press fra andre som også er årsaker til rusmisbruk(Skårderud et al., 2010).

4.2.1 Avhengighet

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes ved at personer som bruker rusmidler fortsetter å bruke dem, selv om det har ført til manglende kontroll og skadelige konsekvenser for brukeren. Bruk av rusmidler blir ofte prioritert, og andre forpliktelser blir vanskelig, eller umulig å tilpasse seg. Sterk lyst, problemer med å kontrollere inntaket, abstinensstilstander, toleranseutvikling og økende likegyldighet er noe av det som kjennetegner en avhengighet(Helsedirektoratet, 2011).

4.2.2 Abstinens

Opioidabstinens beskrives som opphør av, eller reduksjon i et opioidinntak som har vært stort og langvarig, eller dersom den avhengige får en opioid-antagonist, som Naloxon. Observerbare tegn på opioidabstinens er svetting, dilaterte pupiller, takykardi, hypertensjon, oppkast, diarè, gjesping, feber/frostrier, rennende nese, økt tåreflod og gåsehud. Vanlige symptomer er rastløshet, irritabilitet, kvalme, magesmerter, økt smertesensitivitet, muskelverk, dysforisk stemningsleie, insomnia, angst og trang til å ta opioider(Bourne, 2010).

4.3 Rusmisbrukeres helsetilstand

I rapporten «*Skader og problemer*» henvises det til Babor et al. 2010b, som deler rusmisbrukeres helseskader inn i fem hovedkategorier. Disse er:

- Overdoser
- Andre akutte skader som vold, suicidal adferd og ulykker
- Smittsomme sykdommer som HIV, hepatitt B og C
- Ikke-smittsomme somatiske sykdommer som lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer og ulike smertetilstander
- Psykiske lidelser

(*"Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk"* , 2010, s. 35).

4.4 Stigmatisering

Goffman(1963) beskriver *stigma* som en egenskap, eller attributt, som er grovt diskrediterende. Når man først har fått et stigma kan det være svært vanskelig å bli kvitt det. Goffman nevner tre typer stigma; kroppslige avvik, stamme/tilhørighetsstigma og stigma knyttet til svakheter ved en persons karakter. Det er den siste kategorien rusmisbruk, og også psykiske lidelser, kommer under(Goffman, 1963).

Stigmatisering er en av de viktigste årsakene til at mennesker blir holdt fast i avvikerrollen. Den stigmatiserte vil etterhvert opptre etter de forventninger som stilles til rollen(Hummelvoll, Dahl, Jensen, & Olsen, 2004). Tap av tidligere identitet eller rolle, kan føre til psykisk skade(Walker, Payne, Smith, & Jarrett, 2007).

4.5 Smerter

Smerteopplevelse er en viktig kroppssans. I forhold til overlevelse er smertesansen kanskje den viktigste av alle sansene. Smerte virker som et alarmsignal, og kan melde fra om vevsskade, som kutt- eller brannskade(Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, & Toverud, 2006). Smerter er den vanligste årsaken til at helsevesenet blir kontaktet(Berntzen et al., 2010).

Vanligvis deles smerter inn i fire hovedtyper: idiopatiske smerter(smerter av ukjent årsak), psykogene smerter(smerter som ikke skyldes vevskade eller nevrologiske mekanismer), nevrologiske smerter (smerter i det sentrale eller perifere nervesystemet), og nociceptive smerter (smerter av vevskade som stimulerer nociceptorer)(Berntzen et al., 2010).

Smerte kan også inndeles i varighet. Hvis smerter har vart lenger en tre måneder, kalles de for *kroniske*(Berntzen et al., 2010). De mest vanlige smertene er *akutte*, og oppstår hvis du foreksempel blir operert, eller utsatt for et traume(Sand et al., 2006). Det kan også forekomme at smerter som ikke er tilstrekkelig lindret i akutt fase, blir kroniske(D'Arcy, 2007).

Smerter påvirker det autonome nervesystemet og fører til at hjerterefrekvensen og blodtrykket øker, samtidig som blodsirkulasjonen i huden reduseres(Sand et al., 2006). Andre tegn på smerte som kan observeres er: hurtigere åndedrett, utvidete pupiller og svetting. Pasienten kan også gni seg på stedet med smerte, gråte og ynke seg, ha muskelspenninger, rynke pannen og lage grimaser(Berntzen et al., 2010).

4.5.1 Opioidindusert hyperalgesi

Opioidindusert hyperalgesi(OIH) er en tilstand som noen pasienter med langvarig opioidebruk utvikler, og tilstanden fører til økt nociceptiv sensitivitet. Forståelsen av dette fenomenet er fortsatt i startfasen, og det foregår enda mye forskning på området. Tilstanden kjennetegnes ved at pasienten er hypersensitiv for smertestimuli, og/eller at han lider av *allodyni*(Chu, Angst & Clark, 2008). Allodyni beskrives som opplevd smerte forårsaket av normalt ikke smertefulle stimuli[så som lett berøring], uavhengig av hvor pasientens eventuelle skade befinner seg(DuPen, Shen, & Ersek, 2007).

4.6 Smertekartlegging og dokumentering

Kartlegging blir gjort for å finne ut smertens intensitet, karakter, varighet og lokalisasjon. Den er også med på å gjøre pasienten bevisst på hva som lindrer smerteopplevelsen, eller hva som gjør smerten verre. Sykepleiere kan observere og kartlegge pasientens aktivitetsnivå, hva han gjør og ikke gjør. Hvordan pasienten tolker og beskriver sin smertefølelse, hjelper helsepersonell med å avgjøre hvilken smerte pasienten har, for eksempel nociceptive eller nevropatiske. Det finnes ulike smerteskalaer og skjema som kan benyttes, og sykepleieren må bruke disse aktivt både i smertekartleggingen og i evalueringen av smertelindrende tiltak, hvis de skal ha noen som helst nytteverdi(Berntzen et al., 2010).

Sykepleiedokumentasjon ivaretar pasientens sikkerhet, sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien, er et juridisk dokument, synliggjør faglig ansvar, tydeliggjør hva sykepleie er, synliggjør klinisk erfaringskunnskap, og fungerer også som et kommunikasjonsmiddel. Derfor er kartlegging og dokumentering av pasientens smerter en svært viktig sykepleieoppgave(Heggdal, 2006).

4.7 Smertebehandling til rusmisbruker

D'Arcy(2010) kommer med generelle anbefalinger for behandling av smerte hos rusavhengige pasienter innlagt på sykehus:

- bruk langtidsvirkende medikamenter for pasienter med opioid-avhengighet. Da slipper man berg-og-dalbane effekten man får av medikamenter med kort virketid.

- fortsett med metadon – selv om metadonen blir brukt til behandling av avhengigheten, og ikke til behandling av smerter. Hvis pasienten selv ikke er klar over hvor stor dose han bruker, må rustjenesten kontaktes for å få rede på dosen. Denne dosen må gis i tillegg til medikamentene som brukes for å behandle de nye smertene.
- sett realistiske forventninger sammen med pasienten, når det gjelder både medikamentdoser, tidspunkt for medikamentutleveringer og forespørsler om økning i doseringen. Ved å sette forventningene tidlig i oppholdet, kan senere konfrontasjoner unngås.
- det bør være en fast lege som skriver ut opioider til pasienten.
- foreskrivende lege bør kommunisere godt med resten av staben som er involvert med pasienten, slik at alle vet hvem som vil håndtere smertebehandlingen og hva som er målet med pleien.

4.7.1 Smertebehandling ved økt toleranse

Etter to ukers bruk av opioider er det risiko for utvikling av opioid-toleranse(Bourne, 2010). Pasienter som er under Opioid Maintenance Programs[tilsvarende Legemiddel Assistert Rehabilitering – LAR] har alle utviklet en toleranse for opioider, og vil derfor trenge høyere doser – opptil tre ganger mer enn andre pasienter med smerter. Substitusjonsdosene med opioider gir ikke i seg selv smertelindring og vil derfor økes, og gis flere ganger daglig ved moderate til sterke smerter. Disse dosene må være like og må gis i faste tidsintervaller for å få best mulig smertelindring til pasienten(Jewell, Tomlinson & Weaver, 2011).

4.7.2 Behandling av opioidindusert hyperalgesi

Ved mistanke om opioidindusert hyperalgesi, bør opioid dosen enten reduseres eller *titreres*, en forsiktig gradvis økning av dosen, prøve andre type opioider, unngå perioder med opioidabstinens, eller bruke tilleggsmedisiner som NSAIDs. I flere studier viser det seg at de som fikk behovsmedisin ble bedre smertelindret enn de som fikk faste doser til faste tidsintervaller(Chu et al., 2008). For å hindre eller håndtere opioidindusert hyperalgesi, er det viktig at man identifiserer problemet tidlig(DuPen et al, 2007).

4.7.3 Utilstrekkelig behandling av smerter

Konsekvensene av utilstrekkelig behandling av smerter kan være et dårlig forhold mellom helsepersonell og pasient, lavere livskvalitet og gjeninnleggelser. Årsakene til underbehandling inkluderer helsepersonells frykt for avhengighet hos pasienter, manglende utdanning innen smertebehandling, stigma når det gjelder opioidbruk, sykepleieres holdninger til rapporterte smerter fra rusmisbrukende pasienter, og helsepersonells frykt for å bryte lover og regler når det gjelder å gi smertestillende medikamenter. Det at sykepleiere holder tilbake på smertestillende medikamenter, kan øke pasientens smerter og angst(Dunn & Neumann, 2012).

Pseudoavhengighet viser seg som atferd som ofte assosieres med avhengighet, men som faktisk er en konsekvens av underbehandlet smerte((Dunn & Neumann, 2012). Slik atferd kan være å gjemme unna medikamenter, ta andres medikamenter, spørre etter spesifikke medikamenter eller økt forbruk av sigaretter eller alkohol(D'Arcy, 2010).

5.0 LITTERÆRE FUNN

Vi har brukt fem artikler som vi fant i våre søk, se Vedlegg 2 – Artikkelmatrikse.

5.1 Funn i forhold til sykepleieres utfordringer ved medikamentell smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus

5.1.1 Sykepleiere stempler rusmisbrukere som rus-søkende

Morgan(2012) undersøker sykepleieres holdninger ovenfor rusmisbrukere, og beskriver faktorer som bidrar til at pasientens adferd, og dermed pasienten selv, blir stemplet som rus-søkende. At en pasient fikk dette stempelen, hadde negative konsekvenser for oppmerksomheten pasienten fikk. Årsaker som bidro til de negative merkelappene var: rusmisbrukernes forespørslar etter den ene eller den andre typen smertestillende medikament, forespørslar etter smertestillende behovsmedisin samtidig som den faste smertestillende medisinen ble gitt, at rusmisbrukere var vant med høye doser opioider, gikk rundt å så helt «fine» ut helt til de ble påminnet smerten, kun var opptatt av smerten og ikke var interessert i andre deler av pleien og at de generelt fikk høye doser smertestillende(Morgan, 2012).

5.1.2 Mangel på kunnskap er årsak til negative holdninger ovenfor rusmisbrukere

Ifølge deltakerne i en studie av Lovi & Barr(2009), er manglende kunnskap årsak til at sykepleiere har negative holdninger ovenfor rusmisbrukere. Mer opplæring under sykepleierutdanningen er viktig, og praksisperioder i løpet av sykepleiestudiet gir studentene verdifull kunnskap på en rekke områder. Bare en av seks deltakere i studien hadde fått praksis i en rus-enhet. Samtlige deltakere var av den oppfatning at det er et stort behov for bedre utdanning av sykepleiere når det gjelder rusavhengighet(Lovi Barr, 2009).

Også Morgan(2012) sier at sykepleiere har behov for mer utdanning om rusmisbruk. Ved å oppmuntre sykepleiere til å granske sine egne holdninger og hvordan disse påvirker pleien, kan man gi sykepleierne gode verktøy til å takle sine egne reaksjoner ovenfor denne pasientgruppen. Morgan refererer til Howard & Chung(2000a), som påpeker at yngre sykepleiere og sykepleiere med høyere utdanning har mer positive holdninger ovenfor rusmisbrukere, enn de sykepleierne som er eldre og de som har lavere utdanning.

5.1.3 Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandlingen

Li et al.(2012) foreslår at mangelfull smertelindring til rusmisbrukende pasienter ikke bare må ses på i sammenheng med kunnskapsmangel, men like mye ut fra hvordan stereotype holdninger påvirker handlingsvalget. Over halvparten av respondentene i studien til Li et al. mente at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få opioider. Under halvparten ga opioidsubstitusjon for å forhindre en abstinens, bare en femtedel av sykepleierne trodde på pasientens smerteforbidling. Over halvparten anvendte aldri smertekartleggingsverktøy. Helsepersonell synes å trekke rusmisbrukende pasienters troverdighet i tvil(Li et al., 2012).

5.1.4 Manglende kunnskap påvirker smertebehandlingen

I følge Morgan(2012) har sykepleiere behov for mer utdanning om smertelindring til rusmisbrukere. I undersøkelsen kommer det frem at sykepleiere reagerte på og forsto pasientenes smerte og adferd ut i fra sine egne holdninger om smerte og rusmisbruk. Dette førte til at de satte merkelapper på disse pasientene og deres smerteadferd. Morgan sier at dersom sykepleiere mangler verktøyene som er nødvendig for å håndtere sine egne negative reaksjoner på rusmisbrukende pasienter med smerter, kan dette negativt påvirke den smertelindring som blir gitt.

5.1.5 Sykepleiere møter hindringer i arbeidssituasjonen

Deltakerne i undersøkelsen til Morgan(2012) beskrev barrierer som påvirket sykepleiernes mulighet til å gi smertebehandling til rusmisbrukende pasienter. Hindringene var faktorer som lav bemanning, vansker med å få tak i foreskrivende lege, problemer med dokumentasjonen, avdelingens policy, og mangel på andre ressurser. Flere av deltakerne pekte på kravene til elektronisk dokumentasjon som et problem. Mange snakket om å havne midt i mellom, de måtte forhandle med utskrivende lege for å skaffe smertelindrende medikamenter for pasientene.

5.1.6 Sykepleiernes rutiner utfordrer rusmisbrukernes ritualer og omvendt

McCreaddie et al.(2010) argumenterer for at rutiner og ritualer blant både sykepleiere og rusmisbrukende pasienter har stor betydning for pleieforløpet. Rutiner og ritualer er viktig for denne pasientgruppen. Deres rutiner og ritualer er kaotiske og ofte ulovlige av natur, de skiller

seg ut fra sykehuset og sykepleiernes rutiner. Trusler mot rutinene og ritualene utfordrer individets verdier og selvfølelse. Starten av abstinenssymptomer var den viktigste pådriveren for rutinene og ritualene, og dermed den største utfordringen. Rusmisbrukernes følsomhet, engstelser og opplevd stigma i konjunksjon med opioidindusert hyperalgesi, kompliserer prosessen.

Sykepleiernes og sykehusenes organisasjonelle rutiner utfordrer rusmisbrukernes ritualer og omvendt, dette medfører misnøye blant begge gruppene. Konsekvensen av dette er at viktige sykepleiepleietiltak ikke blir utført, som å hindre abstinens og smertelindring. McCreddie et al.(2010) hevder at svaret ikke er kjappe tekniske løsninger som urinprøver, sjekklister, den midlertidige effekten av utdanning eller trening. Det som må til er at sykepleierne må engasjere seg på en meningsfull måte med denne gruppen pasienter.

5.2 Rusmisbrukeres perspektiv på akutt smertebehandling

Nicole Blay et al.(2012) viser rusmisbrukeres perspektiv på smertelindring i akutte situasjoner. Det var en klar tendens til økt misnøye med smertelindringen utover i sykehusoppholdet. Mange av deltakerne i undersøkelsen mente at dosene de fikk var for små og at de fikk et medikament som var uegnet. Andre deltakere pekte på forsinkelser i administrering av medisinene, og det som ble oppfattet som personalets negative holdninger ovenfor rusmisbrukere. En kommentar fra en deltaker var: «*If I asked for pain relief [I] was treated like a junkie, they wouldn't up the dose*»(Blay et al., 2012, s. 293).

Pasientene som fikk opioider for akutte smerter, var mer fornøyd med smertebehandlingen enn de som fikk andre analgetika. Flere av deltakerne var takknemlige overfor pleiepersonalet, og de roste personalets innsats. Her er et eksempel på en kommentar fra en deltaker: «*[Analgesia was] not really [efficacious] but it's the thought that counts. They tried you know*»(Blay et al., 2012, s. 294).

McCreddie et al.(2010) påpeker at rusmisbrukeres øyeblikkelige bekymringer ved innleggelse er en annen enn helsepersonellens. En av deltakerne i deres undersøkelse hadde fokus på Metadon for å hindre abstinenser. Deltakeren mente at det ble gjort for lite for å

håndtere angsten, smertene og abstinensen hans. Denne deltakeren skrev seg selv ut, dette er ikke uvanlig for denne pasientgruppen.

6.0 DRØFTING

Problemstillingen vår er «*Hvordan kan sykepleiere bidra til at rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus får optimal medikamentell smertebehandling?*» I denne delen av oppgaven skal vi se nærmere på hva vi mener skal til for å løse problemstillingen, basert på litteratur, teori og egne opplevelser. Vi nevnte i innledningen at vi har møtt rusmisbrukere både gjennom arbeid og praksis, og underveis i drøftingen vil vi komme med noen eksempler basert på hva en rusmisbruker selv har fortalt. Vi kaller denne personen fiktivt for *Arne*, slik at det som er eksempler skal bli tydelig, og for å opprettholde taushetsplikten, jf. Helsepersonelloven § 21 *Taushetsplikt og opplysningsrett*(Helsepersonelloven, 1999).

Joyce Travelbee(2001) sier at dersom sykepleieren skal kunne hjelpe den syke til å finne håp og lære å mestre opplevelsen av sykdom, må det etableres en god mellommenneskelig relasjon. Det er derfor naturlig å begynne drøftingen med å se på hva som må til for å skape en relasjon til pasienten.

Videre drøfter vi hvilke faktorer vi må tenke på, når vi skal kartlegge smerter til opioidavhengige rusmisbrukere. Rusmisbrukere kan ha mange helseproblemer ("*Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*", 2010), så det kan være flere årsaker til at disse pasientene opplever smerter.

Til slutt i drøftingen går vi inn på sykepleierens rolle i selve smertebehandlingen til rusmisbrukere, og vi forklarer hvilke hensyn som må tas i forhold til akkurat denne pasientgruppen.

6.1 Hva må til for å etablere en god mellommenneskelig relasjon mellom sykepleier og rusmisbruker?

Sykepleiere må huske at alle mennesker er forskjellige, og først når vi forstår det, har vi et utgangspunkt for å kunne samhandle med andre. Vi må gå utover sykepleier-rollen, for hvis ikke oppstår et sykepleier-pasient-forhold istedenfor et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Dette kan vi gjøre ved å se det unike hos hvert menneske, og ivareta den enkeltes behov. Vi er unike ved at vi har medfødte egenskaper, ulik bakgrunn og oppvekst, og vi tenker og føler forskjellig, fordi vi har ulike opplevelser og erfaringer. Derfor kan vi også ha ulike behov. Sykepleiere har en tendens til å stigmatisere

pasientgruppen rusmisbrukere og stemple dem som rus-søkende. Noen ganger skal det ikke mere til enn at rusmisbrukere ber om et bestemt smertestillende medikament(Morgan, 2012). Stigmatisering er grovt diskrediterende(Goffman, 1963), og skaper negative konsekvenser for den pleien som blir gitt(Morgan, 2012). Det handler om at pasienten skal føle seg trygg, og da må det foreligge en gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient. Dersom vi tviler på pasientens hensikter, bør vi stoppe opp og tenke igjennom hva det er som får oss til å føle det slik. Hvis vi har falske mistanker, har vi også fjernet muligheten til å kunne dekke *hele* pasientens behov. Når det kommer til smerte, kan det å ikke bli trodd være vanskeligere å bære enn selve smerten. Derfor skal vi ta oss tid til å bli kjent med pasienten og til å lære hvilke behov den enkelte har. Dette må vi gjøre gjennom samtale med pasienten – det er ikke nok å bare lese inntakstjournalen, eller lytte til sykepleierrapporten fra mottakelsen. Hvis vi ikke viser interesse til pasienten, kan han miste tilliten han har til oss og føle seg utrygg. Uten kunnskap om pasienten – uten en relasjon til pasienten, mangler vi viktige forutsetninger for å kunne gi pasienten optimal smertelindring. Det kan gå så langt at pasienten velger å skrive seg selv ut, om pasienten selv ser det som forsvarlig å forlate sykehuset. I tillegg til å ha negative konsekvenser for pasienten, kan stigmatiseringen også ha negative sider for sykepleieren, som skyldfølelse og skam over å ikke opptre profesjonelt(Morgan, 2012). Men vi tenker at dersom vi som sykepleiere ikke oppfatter og behandler rusmisbrukere som medmennesker, og ikke viser interesse og omsorg, har vi heller ingen rett til å reagere på at disse pasientene skriver seg ut på eget ansvar.

Travelbee(2001) påpeker at vi mennesker har en tendens til å kategorisere hverandre. «Pasient» er en slik kategori, og bruk av denne benevnelsen kan føre til at man glemmer at pasientene faktisk er mennesker som trenger hjelp fra andre mennesker. «Rusmisbruker» er også en slik kategori, med svakheter ved deres karakter som lett kan føre til stigmatisering(Goffman, 1963). Svakheter kan være at rusmisbruket har ført til skadelige konsekvenser for brukeren, slik at han ikke er i stand til å være i arbeid, eller at rusmiddelbruket har ført til kriminalitet. Travelbee forklarer at alle pasienter etterhvert «kan se like ut», særlig for sykepleiere som har arbeidet noen år med stor arbeidstynge(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Arne forteller: *«Jeg har vært innlagt på sykehus flere ganger, men husker spesielt en gang. Jeg følte at de ansatte på avdelingen behandlet meg som mindreverdige, de så ned på meg fordi jeg var rusmisbruker. Men så kom det inn en ung sykepleierstudent som jeg ikke hadde sett på avdelingen før. Vi snakket lenge og hun tok meg i handa. Det var en «himmelsk» opplevelse, jeg kunne giftet meg med henne med en gang.»*

Vi ser hvordan det å være sykepleier på en travel avdeling kan være utfordrende, og at en fort kan glemme å se det unike ved ethvert menneske. Hver enkelt pasient må ses, fordi deres problem kan være sammensatt og komplisert. Arne la godt merke til hvilke holdninger de ansatte på avdelingen hadde. Han hadde også et stort ønske om å bli sett og hørt. Noen dager kan være travlere enn andre, og sykepleieren kan bli nødt til å prioritere. Pasientens førsteinntrykk vil derfor være veldig viktig, for vi tenker at dersom en pasient opplever å bli stigmatisert av en sykepleier, kan det bli en stor utfordring for denne sykepleieren å etablere en god relasjon til pasienten senere. Stigmatisering fører til at mennesker blir holdt fast i avvikerrollen (Hummelvold, 2004). Her kan vi lære av sykepleierstudenten, som tok seg god tid og viste omsorg til Arne allerede fra første stund.

Det er nødvendig at vi gransker våre holdninger og hvordan disse påvirker pleien, slik at vi kan lære å takle våre reaksjoner ovenfor rusmisbrukere bedre (Morgan, 2012). Som sykepleiere må vi stille oss selv spørsmål som: Hvorfor blir noen mennesker rusmisbrukere? Er årsaken utelukkende selvforskyldt, eller kan det være mer komplisert enn som så? Er de bare ute etter rus, eller kan det være at de faktisk har smerter? Rusmisbrukere kan vel også føle smerte? Årsaken til at rusmisbruk oppstår er som regel et vanskelig samspill mellom flere opplevelser i et menneskes liv, det kan være mangel på selvtillit, eller det kan være gruppepress (Skårderud et al., 2010). Mangelen på kunnskap fører til negative holdninger ovenfor rusmisbrukere (Lovi & Barr, 2009), og negative holdninger fører til underbehandling av smerter (Li et al., 2012). Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) sier i kapittel 3.2 at sykepleieren skal forholde seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke «*ut fra hvordan det erfares å være syk...*» (Regjeringen, 2008). Vi mener at *alle* mennesker trenger noen som bryr seg om en, og at dette behovet blir forsterket når vi er syke. Når syke mennesker blir innlagt, uavhengig av pasientens bakgrunn, er det sykepleieren sin oppgave å oppfylle denne rollen. Dette er nok ekstra viktig å huske på i forhold til rusmisbrukere, da mange rusmisbrukere kan ha lite kontakt med familien. Og kanskje kommer ikke de i omgangskretsen seg så lett på besøk – det kan være praktiske årsaker som økonomi og transport, eller det kan være frykt for opplevd stigma.

Mange rusmisbrukere føler at de ikke blir tatt på alvor, og at pleien de får er for dårlig. McCreddie et al. (2010) sier at det som trengs er at sykepleiere engasjerer seg mer på en meningsfull måte. Arne, som er under LAR, sier: «*Jeg var innlagt på sykehus på grunn av en somatisk lidelse. Jeg var på en ukjent arena, med bare fremmede folk rundt meg. Det gikk*

over to dager før jeg fikk min forskrevne Metadon, så jeg fikk både angst og opioidabstinens. Jeg tror årsaken var dårlig kommunikasjon.» Travelbee sier at kommunikasjon gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Dersom sykepleieren ikke interesserer seg for pasienten, vil dette uansett gjøre seg til kjenne gjennom non-verbale uttrykk, og det vil støte pasienten lenger vekk (Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). For å etablere en mellommenneskelig relasjon til pasienten, er det derfor nødvendig å kommunisere, men en må være bevisst *hva* man kommuniserer, både verbalt og non-verbalt. Sykepleieres holdninger og forutinntatte meninger vil skinne igjennom. Det å ha kunnskap om sykdom og lidelse, og å uttrykke dette for pasienten, blir derfor også viktig når vi skal etablere en mellommenneskelig relasjon. Når vi viser at vi har spesiell kunnskap om pasienten, viser vi også at vi forstår pasientens behov; at vi har empati. Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) sier videre i kapittel 3.2 at sykepleieren skal utøve pleie og omsorg «*ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose.*» (Regjeringen, 2008). Ikke bare kan manglende kunnskap føre til stigmatisering, men det kan også føre til at sykepleieren overser alvorlige symptomer og tegn, slik som utvikling av angst og abstinens som i eksempelet om Arne. Man må vite hvilke kjennetegn man skal se etter, slik at man kan tilpasse pleien. Det å vise at vi har kunnskap og empati vil gjøre at pasienten føler seg trygg – og trygghet er noe vi mener er et viktig element i en god mellommenneskelig relasjon.

Vi har sett på hvor viktig det er at sykepleiere er bevisst egne holdninger og hvordan holdninger påvirker pleien. Det er viktig at vi tar oss tid til å sette oss godt inn i det unike ved hver pasient. Det er nok også en kjensgjerning at studenter har bedre tid til pasienter, enn de sykepleierne som til vanlig jobber på avdelingen. Betty Morgan (2012) beskriver hindringer i sykepleierens hverdag, som det at mye av arbeidsdagen går med til elektronisk dokumentering. Men vi har også observert at sykepleieres holdninger lett kan smitte over på andre kollegaer. Kanskje sykepleierstudenten som tok seg god tid til å samtale med Arne, ikke hadde hørt om rusmisbrukeren som var «vanskelig», og dermed ikke blitt påvirket av holdningene blant helsepersonellet på avdelingen? Travelbee (2001) sier at nyutdannede sykepleiere ikke lar seg prege like mye av arbeidsforholdet, og derfor lettere oppfatter mennesker som unike individer. Vi må altså ikke bare være bevisst hvordan holdningene våre påvirker pleien *direkte*, men også *indirekte* via våre medarbeidere.

6.2 Hva må sykepleiere spesielt tenke på i kartleggingen av smerter hos rusmisbrukere?

Travelbee(2001) sier at mennesket er et unikt og uerstattelig individ, og for at man ikke skal dømme den andre ut fra hvordan en selv tenker eller føler, er dette svært viktig å huske på. Smerter kan komme til uttrykk på flere måter, og alle opplever smerte på sin måte. Det kan være tegn som ikke synes utenpå, som økt blodtrykk og raskere puls(Sand et al., 2006). Eller det kan være non-verbale uttrykk som anspenhet og grimaser(Berntzen et al., 2010). Smerter kan videre deles inn i ulike typer – som kan si noe om bakenforliggende årsak, og smerter kan inndeles etter varighet(Sand et al., 2006). Disse er alle ting som enkelt og oversiktlig kan kartlegges ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy(Berntzen et al., 2010). Li et al.(2012) viser at over halvparten av sykepleiere, i hennes undersøkelse, aldri bruker kartleggingsverktøy. Dette kan skyldes avdelingenes rutiner, men det er nok heller ikke urealistisk å tro at stigmatisering kan være en årsak. Det går igjen i litteraturen at sykepleiere stigmatiserer rusmisbrukere, at de tviler på deres smerteopplevelse og stempler dem som rus-søkende. Det kan tenkes at disse sykepleierne derfor ser det som lite hensiktsmessig å drive smertekartlegging for denne pasientgruppen. Morgan(2012) hevder at manglende opplæring i sykepleierutdanningen fører til negative holdninger ovenfor rusmisbrukere. Deltakerne i hennes undersøkelse påpeker at svært få studenter blir utplassert på rus-enheter. Av rundt 30 studenter på vårt eget kull, var det kun én student som fikk praksis på en rusavdeling. Det bør arbeides, både nasjonalt og internasjonalt, for at flere studenter får praksis i rusenheter, slik at de kan få økt kunnskap om rusmisbrukere og større innsikt i deres hverdag.

Sykepleiere som arbeider på en avdeling med ulike pasienter, må sette seg inn i det spesielle ved hver pasientgruppe. Sykepleiere må også sørge for å holde seg faglig oppdatert. Det å være faglig oppdatert og anvende evidensbasert sykepleie kan, slik vi ser det, også gi sykepleieren økt selvtillit. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4 står det: *«sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis»*(Rådet for sykepleietikk, s.a.). Videre mener vi at en avdeling som bidrar til at de ansatte holder seg faglig oppdatert, har gode forutsetninger for å få bukt med stigmatiseringen. Dette kan organiseres ved at rusavhengighet og smertelindring blir tema på fagdager, at avdelingen har jevnlig refleksjonsmøter, eller at nyttig litteratur blir gjort tilgjengelig/presentert for de ansatte. Vi antar at det trolig ikke vil være tilstrekkelig av ledelsen å bestemme at smertekartleggingsverktøy skal brukes obligatorisk hos pasienter med smerter, for så lenge en sykepleier antar at uttrykk for smerter er en måte å manipulere til seg opioider på, vil ikke

kartleggingsverktøy bli brukt. Rusmisbrukere som blir innlagt på sykehus, ofte på grunn av akutte hendelser, skal bli tatt på alvor når de sier at de har smerter. De skal behandles som medmennesker og ikke som et problem. Smertene må kartlegges, da målet er at rusmisbrukere skal få optimal medikamentell smertebehandling.

Vi har nevnt at Travelbee(2001) sier at kommunikasjon er en nødvendig prosess i forhold til å etablere et menneske-til-menneskeforhold, men kommunikasjon er også viktig direkte i forhold til smertekartleggingen. Ikke bare bruker pasienten kommunikasjon for å fortelle at han opplever smerte, slik at han kan få hjelp, men kommunikasjon er også viktig for at sykepleieren skal kunne kartlegge smertens intensitet, karakter, varighet og lokalisasjon, slik at smertebehandlingen kan tilpasses. Det er i tillegg viktig at alle observasjoner i forbindelse med smertekartleggingen blir godt dokumentert, både det man selv ser og det pasienten sier. Iverksatte tiltak må dokumenteres, og effekten av tiltakene må kartlegges og dokumenteres, for hvis ikke blir smertekartleggingen verdiløs. Dokumentasjon sikrer kvalitet og kontinuitet i smertebehandlingen og virker i tillegg som et kommunikasjonsmiddel(Heggdal, 2006). Etersom sykepleiere på avdelingene ser pasientene mer enn legene – som har flere pasienter å forholde seg til – har sykepleierne derfor et stort ansvar med å videreformidle sine observasjoner til dem, og sykepleiere blir på denne måten pasientens talsmann. Gjennom måten sykepleieren utfører sine tjenester på, vil pasienten få sin oppfatning av sykepleieren, og om sykepleieren kan betraktes som hjelpende eller ikke(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Det er viktig at sykepleieren kommuniserer med de andre i teamet, for pasienten vil merke det, for eksempel under en legevisitt, dersom legen virker uvitende om pasientens rapporterte smerter. Kommunikasjonen bryter sammen dersom sykepleiere har forutinntatte meninger, og av den grunn ikke rapporterer pasientens smertebeskrivelse videre. Det kan resultere i at pasienten blir tilbakeholden, og opplysninger som kan ha noe å si for behandlingen går tapt.

Travelbee forklarer smerte som en intenst ensom erfaring, og at smerteopplevelsen er tilnærmet umulig for andre å forstå fullt ut. Enkelte pasienter kan merke det svært godt, dersom andre ikke tror dem når de forteller om sin smerte(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Smertekartleggingen sier oss ikke bare noe om pasientens smerte og hva vi kan gjøre for å hjelpe, men kartleggingen hjelper også pasienten å sette ord på sine følelser. Vi tenker at ved å aktivt bruke smertekartleggingsverktøy, eller gjøre en grundig jobb i forhold til å smertekartlegge, viser vi pasienten at vi ønsker å hjelpe. Hvis vi i tillegg har satt oss godt inn i hva som er spesielt for pasientgruppen rusmisbrukere, kan vi lettere se sammenhenger vi ikke

ville sett dersom vi manglet tilstrekkelig kunnskap. For eksempel kan sykepleieren komme i en situasjon der pasienten viser seg å gjemme unna medikamenter i nattbordskuffen, og derfor tro at pasienten ikke har smerter, men bare venter med å ta tablettene til han får lyst på en rus. Denne formen for adferd, kalt *pseudoavhengighet*, kan være en konsekvens av underbehandlet smerte(Dunn & Neumann, 2012). En sykepleier som mangler slik kunnskap, kan vanskelig se denne sammenhengen. Arne: *«Jeg ville ikke plage sykepleieren om natten...jeg ville ta medisinen når jeg fikk smertene...ofte gikk det lang tid før det kom noen når jeg ringte på klokken, derfor hadde jeg et lite lager gjemt unna.»*

Å være i stand til å identifisere og frambringe endringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkksom måte, er en sykepleieaktivitet(Travelbee 2005 s. 30). Vi ser det som en nødvendighet at vi setter vår lit til pasienten, og pasienten må ha tillit til oss, for at han skal kunne oppfatte oss som innsiktsfull og omtenkksom. Derfor må vi ta pasienten på alvor, når han sier at han har smerte. Vi har også nevnt at det er nødvendig å ha spesiell kunnskap om pasienters sykdom og lidelse. Slik kunnskap kan være at opioidemisbrukere kan utvikle hyperalgesi som følge av høyt opioidforbruk. Arne foreller: *«Etter operasjonen greide jeg ikke tyngden av dyna på huden, fordi jeg hadde smerter overalt hvor dyna lå på kroppen. Jeg fikk ikke sove og hadde smerter i nesten tre måneder mens jeg var innlagt på sykehuset. Ingen trodde på meg, og de fleste skygget unna rommet mitt da jeg ringte på for å høre om å få smertelindring. Jeg ble frustrert og sint, og dette igjen førte til at jeg ikke fikk den oppfølgingen jeg trengte.»* Hyperalgesi/økt smertesensitivitet, fører ofte med seg allodyni(Chu et al., 2008). Det skal normalt ikke gjøre vondt overalt hvor dyna ligger mot kroppen, så det er derfor sansynlig at Arne hadde opioidindusert hyperalgesi. Både opioidabstinens(Chu et al., 2008) og angst(McCreaddie et al., 2010) kan forverre denne tilstanden, og slike tegn må derfor tas på alvor. Abstinens kan også føre til at pasienten blir irritabel(Bourne, 2010). I tillegg sier Travelbee(2001) at de vanligste reaksjonene hos mennesker som blir utsatt for en reduksjonsprosess, blant annet er sinne og irritasjon. Arne var både frustrert og sint. For å kunne kartlegge at pasienten har smerter på grunn av abstinens eller hyperalgesi, må vi vite hvilke tegn vi skal se etter. Og for å hindre eller forebygge opioidindusert hyperalgesi, må vi identifisere problemet tidlig(DuPen et al., 2007).

En gevinst av smertekartleggingen er at den kan påvirke pasientens smerteopplevelse på den måten at pasienten blir bevisst på hva som fremkaller smerte – om det er spesielle bevegelser som forsterker smertene, eller om noe gjør at smertene avtar(Berntzen, 2010).

6.3 Sykepleierens roller i smertebehandling til rusmisbrukere

Smertesansen er kanskje den viktigste sansen, og kan melde fra om truende vevskade(Sand et al., 2006). En del av smertekartleggingen var å utrede årsak til smertene, og på den måten fortelle hvilke smertelindrende medikamener som er hensiktsmessige å gi. I administreringen av legemidler, har sykepleiere flere ting å tenke på. Herunder kan vi nevne de 7 R'er, som er en god huskeregel for å forsikre forsvarlig legemiddelutdeling. R'ene står for *riktig*: pasient, legemiddel, legemiddelform, styrke, dose, måte og tid(Bielecki & Børdahl, 2004).

Sykepleiere må også sette seg inn i de medikamentene som skal gis; hva de er ment for, hvordan de virker og hvilke bivirkninger som kan komme. I denne oppgaven handler det om medikamentell behandling til opioidemisbrukere med akutte smerter. Den tradisjonelle smertetrappen, hvor paracetamol ligger i bunn av smertebehandlingen, er lite aktuell for denne målgruppen. Derfor har vi ikke nevnt denne i teorien vår. Mange rusmisbrukere har hepatitt(*"Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk"*, 2010), noe som er en kontraindikasjon for bruk av paracetamol(Paracet). Sykepleiere må ha kjennskap til de ulike legemiddelgruppene, i dette tilfellet; opioider. Opioider er en fellesbetegnelse for legemidler som virker ved å binde seg til opiatreseptorer som er ujevnt fordelt i kroppen vår(Simonsen et al. 2010). Når sykepleiere i tillegg har satt seg inn i hvilke anbefalinger som finnes i forhold til smertelindring av rusmisbrukere, kan de bidra med å legge til rette for at disse anbefalingene blir fulgt. Dersom en pasient allerede står på Metadon, er det viktig at han får den foreskrevne dosen. Metadon gis som behandling av opiatavhengighet, mens de nye medisinene gis for å behandle de nye smertene. Selv om Metadon er en opioide og derfor kan ha en smertestillende effekt, får rusmisbrukerne denne medisinen for å hindre abstinenser, og ikke for å lindre smerter. Pasienter som går på Metadon har utviklet en toleranse for opioider, og når disse pasientene får smerter, kan de trenge opptil tre ganger høyere doser opioider enn andre pasienter(Jewell, Tomlinson & Weaver, 2011). Bekymringer som at enkelte typer analgetika, som opioider, kan føre til respirasjonsdepresjon, er derfor en tanke som ikke bør komme i første rekke. Smerter i seg selv kan føre til hurtigere åndedrett(Berntzen et al., 2010), noe som kan bety at respirasjonen blir overfladisk. I slike tilfeller vil smertestillende medikamener bidra til å bedre respirasjonen. Som sykepleiere må man ha kunnskap om rusavhengighet og hva som er symptomer på abstinens, slik at vi har forutsetninger til å hjelpe pasienten, og redusere unødvendig ubehag. Dersom pasienten viser tegn på abstinens, som svetting, magesmerter og rastløshet, må vi reagere, selv om det kan virke rart å gi opioider til noen som lider av opioideavhengighet. Det er viktig å huske på at pasienten er innlagt med smerter som skal

lindres, og ikke for å avruses. Dunn & Neumann(2012) sier at en av årsakene til at sykepleiere underbehandler smerter, er frykt for avhengighet hos pasienter.

Smerter som ikke blir behandlet tilstrekkelig, kan bli kroniske(Berntzen et al., 2010). I tillegg kan utilstrekkelig smertebehandling skape et dårlig forhold mellom pasient og helsepersonell, gi lavere livskvalitet og føre til gjeninnleggelser(Dunn & Neumann, 2012). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere gjør det vi kan for å forebygge eller behandle pasienters smerter, og så lenge det er i tråd med legens forordning. Noen ganger er det ikke mulig å gjøre pasienten helt smertefri(Berntzen et al., 2010), og vi mener det er viktig at vi gjør pasienten oppmerksom på dette. Travelbee(2010) sier at målet med sykepleie er å hjelpe pasient og pårørende både til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Til dette trenger vi blant annet kunnskap, innsikt og oppfinnsomhet(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Pasienten må få tilstrekkelig informasjon om hva som skal skje, slik at han ikke blir tvilende på om vi tar han seriøst, eller om vi virkelig gjør alt vi kan for å hjelpe. For eksempel kan sykepleieren ha vansker med å få tak i foreskrivende lege(Morgan, 2012), og da kan det være greit at pasienten vet hvorfor han må vente litt.

I utgangspunktet bør det være en fast lege som skriver ut opioider til pasienten, og legen bør sørge for at resten i teamet er klar over hvem som vil håndtere smertebehandlingen. Legen og pasienten bør sammen sette realistiske forventninger angående smertebehandlingen(D'Arcy, 2010), og vi mener at sykepleieren med fordel kan være tilstede når dette gjøres. At pasienten får delta i planleggingen, har mye å si for pasientens autonomi, og da tar man samtidig hensyn til pasientens egne rutiner og ritualer. Så lenge pasienten har *samtykkekompetanse*, at pasienten er i stand til å avgjøre hva som er til sitt eget beste, må pasienten få ta del i behandlingen. Denne rettigheten er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3, sammen med retten til informasjon(Brukerrettighetsloven, 2011). Selv om sykepleiere er bevisst denne rettigheten, er det ingen selvfølge at det alltid blir fulgt. Sykepleieren må huske at pasienten faktisk er avhengig av hjelp fra andre, og at denne avhengigheten kan skape fortvilelse og en følelse av avmakt hos pasienten. Pasienter har ulike ressurser, ikke alle er like flink til å si fra, eller be om hjelp. Det kan være ekstra vanskelig for rusmisbrukere å si i fra om noe, eller be om hjelp, fordi de ofte ikke blir tatt på alvor. I tillegg kan de ha andre psykiske lidelser, for eksempel depresjon, som kan komplisere situasjonen og noen ganger føre til apati. Langås(2013) hevder at så mange som ni av ti rusavhengige har en annen psykisk lidelse i tillegg. Parallelt med pasientens rettigheter, følger det med plikter for sykepleieren og øvrig

helsepersonell, og det er dette sykepleiere må fokusere på; hva kan vi gjøre for at pasienten får innfridd sine rettigheter, slik at han får det så godt som mulig?

Travelbee(2001) sier at det er høyt sannsynlig at hyppige pasientklager påvirker sykepleiernes holdninger til dem. Alle mennesker opplever smerte forskjellig, sier hun, og som sykepleiere må vi godta pasientens smerteopplevelse som gyldig og fokusere på å hjelpe dem(Travelbee & Thorbjørnsen, 2001). Opioider er legemidler som kan gi pasienten en form for rus, og kan derfor betraktes som et rusmiddel. De ulike opioidene stimulerer ulike reseptorer i kroppen, og kan derfor gi ulike effekter(Simonsen et al., 2010). I tillegg til å dempe pasientens smerter, kan han blant annet bli ukonsentrert, euforisk og trett. Pasienten kan også få økt smertesensitivitet. Dersom man har mistanke om at en pasient har utviklet hyperalgesi, kan det derfor være lurt å prøve andre typer opioider(Chu et al., 2008). Sykepleieren må ha en god dialog med legen, og melde fra ved slike mistanker. Opioider kan også ha ubehagelige bivirkninger, blant annet obstipasjon. Dette må også tas hensyn til, og nødvendige tiltak må iverksettes. Alt som observeres og iverksettes må også dokumenteres. Vi må dokumentere hvilke legemidler pasienten får, dose og tidspunkt, og effekten av det som blir gitt. Dette bidrar til å skape kontroll på behandlingen, samtidig som dokumentering synliggjør faglig ansvar, tydeliggjør hva sykepleie er og fungerer som et juridisk dokument. For å oppnå en optimal smertelindring, må vi ta hensyn til *hele* pasienten, vi må utøve sykepleie utifra et holistisk menneskesyn.

7.0 AVSLUTNING

Et grunnlag for å kunne gi optimal smertebehandling til rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus, er *tillit*. Sykepleiere må tro på pasienten, når han sier at han opplever smerte. Pasienten på sin side, må ha en oppfatning av at sykepleieren ønsker å hjelpe. Uten denne gjensidige tilliten, kan ikke en god mellommenneskelig relasjon oppstå. Først når denne relasjonen er tilstede, har man et utgangspunkt for å kunne gjøre en grundig smertekartlegging. For at smertebehandlingen skal kunne tilpasses, og bli optimal, må smertene kartlegges grundig.

Oppgaven vår handler i store trekk om sykepleierens holdninger. Det vi selv hadde observert, er et problem som viste seg å gå igjen i litteraturen. Vi kunne ha avgrenset oppgaven vår ytterligere i forhold til innleggelsesårsak. Oppgaven ville da fått en litt annen vinkling, og vi kunne på den måten gått mer spesifikt inn på selve smertebehandlingen. Men fordi forskning så tydelig sier at negative holdninger ovenfor rusmisbrukere påvirker smertebehandlingen, ble det derfor viktig for oss å få frem hvordan man kan bryte med denne tendensen, og hvorfor det er viktig.

Litteraturen vi har funnet sier lite om samarbeidet mellom sykehus og kommunal rustjeneste. Det kunne vært interessant å vite om et slikt samarbeid ville hatt noe å si for pleieforløpet, så som etablering av relasjon, selve behandlingen og hyppigheten av for tidlig utskrivelse.

LITTERATURLISTE

Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010), *Sykepleie ved smerter*. I: Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud & Randi Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (ss. 355-398).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Bielecki, T., Børdahl, B. (2004), *Legemiddelhåndtering*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Brukerrettighetsloven, P.-o. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Dalland, O. (2007), *Metode og oppgaveskriving for studenter*.

Oslo: Gyldendal akademisk

Heggdal, K. (2006), *Sykepleiedokumentasjon*.

Oslo: Gyldendal akademisk

Helsepersonelloven, P.-o (1999), *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#21>

Paracet, Felleskatalogen. Hentet fra:

<http://www.felleskatalogen.no/medisin/paracet-weifa-562628>

Regjeringen (2008), *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra:

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Rådet for sykepleieetikk. (s.a.), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G., & Toverud, K. C. (2006), *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*
Oslo: Gyldendal akademisk

Simonsen, T., Aarbakke, J., & Lysaa, R. (2010), *Illustrert farmakologi*.
Bergen: Fagbokforlaget

Skårderud, F., Stånicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D., & Engell, S. (2010), *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*.
Oslo: Gyldendal akademisk

Tranøy, K. E. (1986), *Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform*.
Oslo: Universitetsforlaget

Walker, J., Payne, S., Smith, P., & Jarrett, N. (2007), *Psychology for nurses and the caring professions* (3rd edition).
Maidenhead: Open University Press

Selvvalgt litteratur

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012), *Substance Users perspective of pain management in the acute care environment*. Contemporary Nurse, 2227-2251. doi: 10.5172/conu.2012.2227.....8 s.

Bourne, N. (2010), *Acute pain management in the opioid-tolerant patient*. (art & science: pain series: 12). Nursing Standard, 25(12), 35.....5 s.

Chu, L. F., Angst, M. S., & Clark, D. (2008), <i>Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations</i> . The Clinical journal of pain, 24(6), 479. doi: 10.1097/AJP.0b013e31816b2f43.....	18 s.
D'Arcy, Y. (2007), <i>Pain management: evidence-based tools and techniques for nursing professionals</i> . Marblehead, Mass: HCPro.....	1 s.
D'Arcy, Y. (2010), <i>How to manage pain in addicted patients</i> . Nursing, 40(8), 60.....	5 s.
Dunn, D., & Neuman, J. (2012), <i>How substance abuse impacts pain management in acute care</i> .(Controlling Pain)(Column). Nursing, 42(8), 66.....	3 s.
DuPen, A., Shen, D., & Ersek, M. (2007), <i>Mechanisms of Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia</i> . Pain Management Nursing, 8(3), 113-121. doi: 10.1016/j.pmn.2007.02.004.	9 s.
Goffman, E. (1963), <i>Stigma: notes on the management of spoiled identity</i> . New Jersey: Penguin (s. 11-55).....	45 s.
Helsedirektoratet (2011) <i>Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser</i> . Hentet fra http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm	2 s.
Hordvin, O. (2012), <i>The drug situation in Norway</i> , 2012 Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. Hentet fra: http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/drugsit_norway12.pdf (s. 18-19, 32-33).....	4 s.

- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E. A., & Olsen, P. (2004), *Helt - ikke stykkevis og delt* Oslo: Gyldendal akademisk.....2 s.
- Jewell, C. E., Tomlinson, J., & Weaver, M. (2011), *Identification and Management of Prescription Opioid Abuse in Hospitalized Patients*. Journal of Addictions Nursing, 2011, Vol.22(1-2), p.32-38, 22(1-2), 32-38. doi: 10.3109/10884602.2010.545094.....7 s.
- Langås, A.-M. (2013), *Substance use disorders and combined mental disorders in first-admission patients from a catchment area ; a cross-sectional clinical study*. Dissertation for the Degree of PhD 2013 Faculty of medicine University of Oslo, Oslo (s 85).....1 s.
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012), *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. Sykepleien Forskning, 7(3), 253-260.8 s.
- Lovi, R., & Barr, J. (2009), *Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study*. Contemporary Nurse, 33(2), 166.13 s.
- Lund, I., Bretteville-Jensen, A. L., Skretting, A., Rise, J., Nordlund, S., & Amundsen, E. J. (2010), *Hvor mange bruker eller misbruker narkotika i Norge?* Hentet fra: <http://www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+eller+misbruker+narkotika+i+Norge%3F.d25-SMRbM4x.ips>.....2 s.
- McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010), *Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings*. Journal of Clinical Nursing, 19(19-20), 2730-2740. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x11 s.

Morgan, B. D. (2012), *Nursing Attitudes toward Patients with Substance Use Disorders (SUD) in Pain*. Pain Management Nursing. doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.004.....11 s.

Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Skov, S., & Landaas, W. (2013), *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*.
Bergen: Fagbokforlaget (s. 113-129, 134-138, 217-222).....24 s.

Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk (2010), I: Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels, Grethe Lauritzen & Elisabet Esbjerg Storvoll (Red.), av: Reprint Edition). Hentet fra:
http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.10.pdf (s. 35-37).....3 s.

Støren, I. (2010), *Bare søk!: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*.
[Oslo]: Cappelen akademisk forlaget (s. 35-50, 74-85).....26 s.

Travelbee, J., & Thorbjørnsen, K. M. (2001), *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.
Oslo: Universitetsforlaget (s. 25-71, 132-220).....136 s.

TOTALT ANTALL SIDER.....= 344 s.

VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK

Søkemetoder: kjedesøk=k, systematisk søk=s og bevisst tilfeldig søk=b

Database	Søke- metode	Søkeord	Bool sk oper atør	Avgrensning	Antall treff	Antall leste	Artikler/bøker brukt i oppgaven
Oria	k	Lovi barr	AND	Årstall 2009	1	1	
Oria	k	DuPen		Årstall 2007	6	1	DuPen et al. (20079)
Oria	k	Chu angst	AND	Årstall 2008	19	1	Opioid-induced
Oria	S	Acute pain management opioïd	AND	2009-20014	1050	1	Bourne (2010)
sirus	b	Ingen søkeord, så gjennom oppsummeri nger da vi fant den				1	Lund et al.
Sirus	B	Ingen søkeord, så gjennom rapporter da vi fant den.				1	Hordvin et al.
Oria	k	Mccreaddie routines	AND		5	1	McCReaddie et al., (2010)
bibsys	k	rienecker			5	1	Rienecker et al., (2013)
scopus	s	Pain drug abuse	AND		67	1	Dunn, Dawn og Neuman, Jeanette, (2012)
Oria	s	Acute pain management opioïd	AND	Sortert etter popularitet	13773	1	Bourne (2010)
Oria	k	Larry chu opioïd- induce hyperalgesia in humans	AND	Sortert etter popularitet	10	1	Chu et al., (2008)
Oria	k	D'Arcy, yvonne pain	AND	Sortert etter popularitet	131	2	D'Arcy (2007 ; 2008)
Oria	k	Jewell opioïd	AND	Sortert etter popularitet	85	1	Jewell et al., (2011)
Oria	K	Morgan, betty pain	AND	Popularitet	1223	1	Morgan (2012)
sykepleien	s	Rusmisbruk	Frite		1	1	Li et al., (2012)

		smerte	kst: alle orde ne				
Oria	k	Blay, n pain management	AND	popularitet	272	1	Blay et al., (2012)

VEDLEGG 2 – ARTIKKELMATRISE

Forfatter, år, land	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg
Rita Li intensivsykepleier og høyskolelektor, Randi Andenæs førsteamanuensis, Eva Undall intensivsykepleier og leder ved smerteenheten ved STHF, Dagfinn Nåden professor ved HiO., 2012, Norge	Smertebeh andling av rusmisbru kere innlagt i sykehus	Å kartlegge helsepersonalets kunnskaper, handlinger og holdninger til opiodavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.	Beskrivende tverrsnittsdesign basert på en survey med et hensiktsmessig utvalg. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart (72 %)	Sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anestesiavdelinger ved fire sykehus.
Nicole Blay, senior nurse manager, Stephanie Glover, CNC, Janine Bothe, CNC, Susan Lee, RN, Fiona Lamont CNC., 2012, Australia	Substance users perspectiv e of pain manageme nt in the acute care environme nt	Hensikten var å undersøke rusmisbrukeres perspektiv på smertebehandling i akutt sykehus sektoren.	Blandet metodetilnærmin g. Kvalitative data ble brukt for å undersøke rusmisbrukendes syn på smertebehandling i akuttpleie. Kvantitative data ble brukt for å utfylle de kvalitative dataene, samt for å identifisere hvilke smertestillende som ble skrevet ut.	Rusmisbrukere, inkludert brukere av Metadon, over 18 år. Innlagt gjennom nødhjelpsetaten i Sydney. Undersøkelsen avgrensers til brukere som har inntatt narkotiske stoffer minst tre ganger i uken i minst tre sammenhengende måneder.
Betty Morgan. PhD, PMHCNS, BC 2012, USA	Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain	Å utvide kunnskapen om sykepleieres holdninger ovenfor rusmisbrukende pasienter med smerter. Samt å utvikle en teori som vil bidra til en større forståelse av problemet.	En Grounded theory tilnærming ble brukt for å intervjue sykepleiere som hadde jobbet med rusmisbrukende pasienter med smerter innlagt i sykehus. Individuelle	Sykepleiere som arbeider i sykehus og som har arbeidet med rusmisbrukende pasienter med smerter.

			intervjuet ble utført. En semistrukturert intervjuguide ble brukt. Demografiske data ble også samlet.	
<p>May McCreddie, PhD, Med, BA, RNT, RN og foreleser ved Stirling Universitet, Imogen Lyons, MPH, BA, forskningsassistent ved University College Dublin, Debbie Watt RN Clinical Nurse Specialist, Theatre and Anaesthetics, Elspeth Ewing, RN, Clinical Nurse Specialist, Anaesthetics, Jeanette Croft BA, PG Diploma, RN, Clinical Nurse Specialist, Anaesthetics, Marion Smith, PhD Mphil, BA og foreleser ved University of Edinburgh, Jennifer Tocher, PhD, BA, PGCert, RN og foreleser ved University of Edinburgh, 2012, Storbritania</p>	<p>Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings</p>	<p>Å undersøke strategier og oppfatninger blant rusmisbrukere og sykepleiere når det gjelder smertebehandling i akuttpleie.</p>	<p>En grounded theory tilnærming ble brukt for å se på hvordan fenomenet og opplevelsen er oppfattet av deltakerene. Både på individuelt- og på organisasjonsnivå.</p>	<p>Rusmisbrukere og sykepleiere i akuttpleie situasjoner, fra tre sykehus i samme område.</p>
<p>Renee Lovi, Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Queensland University of</p>	<p>Stigma reported by nurses related to those experienci</p>	<p>Å beskrive erfaringene til sykepleiere på en rusenhet i S.E. Queensland, Au.</p>	<p>Kvalitativ studie med intervju.</p>	<p>Seks sykepleiere i alderen 35-58 år.</p>

<p>Technology, Jenniefer Barr, QUT Visiting Research Fellow, Senior Lecturer, Queensland University of Technology., 2009, Australia</p>	<p>ng drug and alcohol dependenc y: A phenomen ological Giorgi study</p>			
---	--	--	--	--