



Høgskolen i **Hedmark**

Camps Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH1D

Siri F. Olsson og Ingvill Sannes

Veileder Ida Eggen

Peer du lyver! Nei, jeg gjør ei!

You're a liar, Peer. No, I'm not!

Antall ord: 13 391. Antall sider: 44

BASYD 2010, 7 semester.

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innhold

1 Innledning.	3
1.1 Begrunnelse og valg av tema.	3
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling.	5
1.3 Begrepsavklaring.	6
1.4 Oppgavens hensikt.	7
1.5 Oppgavens struktur.	8
2 Metode.	9
2.1 Kildekritikk.	10
2.2 Etisk vurdering.	13
3 Sykepleieperspektivet.	14
3.1 Virginia Henderson sykepleieteori knyttet til sykepleiers funksjon- og ansvarsområdet.	16
3.2 Joyce Travelbee og menneskesyn.	18
4 Pasienten med opioidemisbruk.	20
5 Smerter.	24
5.1 Observasjon og vurdering av smerter.	27
6 Hvordan påvirker sykepleiers tillit observasjoner og vurderinger som er viktige for å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidemisbruk?	30
6.1 Tillit som grunnleggende sykepleieverdi i møte med pasienter som misbruker opioider.	30
6.2 Hvordan påvirker tillit sykepleiers observasjoner og vurderinger.	33
7 Konklusjon	39
8 Bibliografi	41

1 Innledning.

”Peer du lyver! Nei, jeg gjør ei!” Er en frase som gjenspeiler hendelser vi som sykepleierstudenter har opplevd i praksisfeltet og ønsker å belyse i denne oppgaven. I praksis har vi opplevd tilfeller av at pasienter med rusmisbruk blir møtt med manglende tillit av sykepleiere og annet helsepersonell. Hva gjør det med en pasient å bli møtt med manglende tillit fra sykepleier i en sårbar situasjon?

Et grunnleggende menneskelig behov er å føle seg respektert og trygg. Vi vet at alle pasienter uansett bakgrunn og livshistorie har krav på nødvendig helsehjelp. Alle mennesker er verdt like mye (World Health Organization, 2012). Sykepleiers fundament er å ivareta respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi ønsker å belyse tillit som en grunnleggende verdi i sykepleieutøvelsen, - og hvordan tillit påvirker sykepleiers observasjoner og vurderinger.

1.1 Begrunnelse og valg av tema.

I Norge har omfanget av rusmisbruk økt de siste 15 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) Antall mennesker som misbruker opioider i Norge er ikke fullstendig kartlagt, men det antas et der er mellom 5000 til 10000 personer (Slørddal, 2007). Økt sykkelighet blant rusmisbrukere fører til at de oftere legges inn i sykehus pga sykdom og skade enn andre i befolkningen (Blay, Glover, Bothe, Lee, & Lamont, 2012). Vi ser at behovet for kunnskap om denne pasientgruppen er stort.

Gjennom praksis i sykepleierutdanningen har vi møtt pasienter med rusproblemer som har behov for helsehjelp. Disse møtene har gitt oss mange gode refleksjoner i forhold til hvordan vi skal behandle ruspasienter. Det står sterk for oss at vi som sykepleiere møter alle pasienter uansett bakgrunn og sykdom med et åpent sinn og tillit. Det er viktig å bli kjent med pasienten bak sykdommen. Sykepleier skal behandle ruspasienten på samme nivå som andre pasienter. Det vil si at behandlingen skal være tilpasset behovet til hvert enkelt individ, samtidig som at behandlingen skal være adekvat. Dette slås også fast i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011)

En utfordring vi har observert i praksis iforhold til pasienter med opioidemisbruk har vært smertelindring. Vi har sett at disse pasientene ofte får mangelfull smertelindring fordi sykepleier og andre helsepersonells kunnskaper om observasjoner og vurderinger av smerter ikke er tilstrekkelig og fordi de ikke har tillit til pasienten. Våre erfaringer fra praksis var at det var også vanskelig å observere hva som var abstinenser og hva som var smerter. I praksis observerte vi også at helsepersonell manglet kunnskaper om hva som var adekvat smertelindring til denne gruppen pasienter. For å illustrere hva vi har opplevd i praksis har vi valgt å skrive en case.

Per, 35 år gammel ble innlagt ved somatisk sykehus pga bruddskader. Per har et kjent misbruk av opioider. På sykehuset har han behov for smertelindring og blir satt på opioider og andre analgetikiske medikamenter som fast- og eventuelt medikasjon. Per sier at han ikke er godt smertelindret på dosen smertestillende han har. Personalet er usikre på om Per virkelig har så vondt som han sier, eller om han benytter anledningen til å få opioider for å oppnå rus. Personalet har flere argumenter for at Per ikke har så sterke smerter som han sier. Han klarer iblant å sove, og han smiler og ler med andre pasienter. I tillegg er Per er bestemt på hvilken administrasjonsmåte han ønsker at legemidlene blir gitt. Han vil ha intravenøs behandling i stede for tablett. Per har økende uro er irritabel mot personalet. Behandlingssituasjonen er anspent. Casen er kun ment som et eksempel på en situasjon ifra praksis og vil ikke bli brukt videre i oppgaven.

Smerter er et helseproblem fordi det går utover menneskers evne til å ivareta sine grunnleggende behov. Smerte kan føre til dårlig helse og nedsatt livskvalitet. En stor del av sykepleiers funksjon er å observere, vurdere og lindre smerter. Sykepleier står pasienten nærmest og har mest med pasienten å gjøre i en sykepleierrelatert omsorgs- og behandlingssituasjon. Selv om det er leges ansvar å forordne medisiner er det sykepleier sitt ansvar å dele ut, observere, vurdere behov for smertelindring samt effekten av smertelindring.

I praksis opplevde vi ofte en negativ holdning til rusmisbrukere innlagt i avdeling. Enkelte sykepleiere hadde en oppfattelse av at dette var en pasientgruppe som ikke kunne stoles på. Holdningene kom tydelig fram når denne pasientgruppen hadde behov for smertelindring. Sykepleiere vurderte ofte pasientens smerter til å være mindre intense enn pasienten selv. Vi oppfattet i praksis at denne pasientgruppen ofte ikke ble sett på som annet enn rusmisbrukere.

Gjennom vår praksiserfaring ser vi at det er behov for økt kunnskap og holdningsendring i praksisfeltet.

Vi utførte litteratur søk for å finne ut om det fantes oppdatert forskning innen vårt tema som bygger opp under det vi har erfart. Søkene ga stort antall relevante treff. Blant annet en norsk studie som viser at negative holdninger og mangel på kunnskap hos helsepersonell fører til dårlig behandling og smertelindring hos rusmisbrukere (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012).

Vi ønsker å få mer kunnskap som er relatert til smertelindring av pasienter som misbruker opioider fordi vi gjennom praksiserfaringer vet at dette er en utfordring. Vi mener det er viktig å være klar over at det å ha en rusmisbruker i avdeling er en utfordring for sykepleier. Derfor er sykepleierens kunnskap, kompetanse, empati og tillit på dette området viktig i møte med denne pasientgruppen. Vi ønsker også med denne oppgaven å belyse viktigheten av observasjon og vurdering av akutte smerter hos pasienter med opioidemisbruk, med fokus på tillit mellom pasient og sykepleier.

Vi mener med dette at økt kunnskapsnivå og tillit mellom pasient og sykepleier vil være et ledd i å sikre rettferdig, riktig og lik behandling - også til ruspasientene.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling.

Hvordan påvirker sykepleiers tillit observasjoner og vurderinger som er viktige for å gi adekvat smertelindring hos pasienter med opioidemisbruk?

Vi vet at det er mange faktorer som spiller inn for å kunne gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidemisbruk. Vi har valgt å ha fokus på observasjoner og vurderinger relatert til akutte smerter hos denne pasient gruppen. Vi vil også se på hvordan tillit hos oss som sykepleiere kan påvirke de observasjoner og vurderinger vi gjør. Vi vet også at vi som sykepleiers skal se hele mennesket når vi møter pasienten, ikke bare behandle sykdommen. I denne oppgaven har vi likevel måtte valgt bort ulike faktorer for å holde fokus i oppgaven. Omgivelser, årsak til innleggelsen, ulike valg av metoder for smertelindring og

tilleggsdiagnoser hos pasienten er eksempler på faktorer som spiller inn som vi ikke har belyst videre i oppgaven. Vi går i vår oppgave ut ifra at pasienten er innlagt i somatisk sykehus, har fått avklart en diagnose som innebærer behandling av akutte nociseptive smerter. Vi skriver også ut fra pasientens opioidemisbruk er kjent for personalet.

1.3 Begrepsavklaring.

Tillit beskriver Hummelvoll (2004) som grunnleggende for at mennesker skal stole på hverandre. Tillit danner grunnlaget for felleskap og samvær mellom mennesker. Tillit kan dermed ses på som en fundamental verdi hos mennesket, fordi vi har behov for å kunne stole på og dermed ha tillit til de menneskene vi har rundt oss. Tillit eller mangel på tillit påvirker våre holdninger og handlinger.

Observasjon er grunnlaget for utførelse av sykepleie (Travelbee, 1999). Nightingale mener at målet med observasjon ikke er å samle så mye data som mulig, men skaffe relevant data om den enkelte pasientens tilstand og grunnleggende behov som kan redde liv og bedre helsen. Sykepleier bruker sitt kliniske blikk til å samle data. Det vil si at sykepleier tar i bruk syn, hørsel, lukt og berøring for å gjøre observasjoner. Sykepleier må ha evne til å sanse og oppfatte, være årvåken og ha kunnskaper om det som skal observeres. Etterpå må sykepleier ha evne til å reflektere og vurdere det som er observert. Sykepleiers evne til å gjøre vurderinger vil være avhengige av holdninger og kunnskaper (Kristoffersen, 2005).

Hva smerter er definerer International Association for the Study of Pain (ISAP) på denne måten:

”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevs skade, eller beskrevet som slik skade” s,25 (Stubhaug & Ljøås, 2008).

Smerte er en subjektiv opplevelse som påvirker menneskets grunnleggende behov og kan derfor føre til dårlig helse og nedsatt livskvalitet. Når mennesket ikke mestrer å ivareta sine grunnleggende behov pga smerter vil god sykepleie være å hjelpe mennesket med å lindre og

behandlet årsakene til smertene (Henderson, 2012). I oppgaven vår forholder vi oss til akutt nociseptiv smerte som vi videre velger å omtale som akutt smerte. Akutt nociseptiv smerte er smerter som oppstår brått pga indre eller ytre vevs skade og varer i mindre enn 3 måneder (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Det finnes ingen klar definisjon, - gjeldende for alle pasienter, hva det innebærer å være adekvat smertelindret. Adekvat smertelindring vil si at pasienten har fått behandling som har lindret smerten ut ifra den enkeltes behov og dermed ført til økt velvære og livskvalitet (McCaffery & Beebe, 1996) (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Opioidemisbruk vil si at et menneske inntar opioider i større doser enn det som er akseptert av samfunnet eller forskrevet av lege. Hensikten med inntaket er å oppnå rus (Snoek & Engedal, 2006). Opioidene finnes som legale legemidler og illegale rusmidler. Under samlebetegnelsen opioider regnes preparatene kodein, tramadol, sterke smertestillende med morfin, metadon, buprenforfin, oksydin, ketobemidon og heroin (Skjøtskift, 2012). I oppgaven vår har vi valgt å omtale opioidemisbrukeren som pasienten med opioidemisbruk fordi vi mener det er viktig å ha fokus på at pasienten er mer enn bare en opioidemisbruker.

1.4 Oppgavens hensikt.

For oss er hensikten med oppgaven å tilegne oss kunnskaper om observasjoner og vurderinger, som er viktig for å vurdere akutte smerter hos pasienter som misbruker opioider. Målet med å lære om observasjoner og vurderinger er å få kunnskap til å gi adekvat smertelindring til pasienten. Samtidig vil vi bli mer bevist på hvordan tillit eller mangel på tillit påvirker de observasjonene og vurderingene vi gjør. Vi mener at tillit er grunnleggende for å kunne gi god sykepleie og behandling. Fokus på dette vil gjøre oss mer bevist som sykepleiere. Oppgaven i sin helhet gir oss kunnskaper om smerter, opioidemisbruk og klinisk sykepleie. Kunnskapen blir en styrke vi tar med oss som yrkesaktive sykepleiere. Kunnskapen gir oss bedre forutsetninger for å takle utfordringer i møte med den syke pasienten som misbruker opioider.

Hensikten med oppgaven er også å kunne gi pasienter med opioidemisbruk lik og rettferdig behandling, - akkurat som til andre pasientgrupper, - og som er tilpasset deres behov for behandling. Vi ønsker at denne gruppen pasienter skal føle seg sett og forstått i møte med helsetjenesten.

1.5 Oppgavens struktur.

I innledende kapittel har vi presentert vår bakgrunn for valg av tema. Bakgrunn for valg av tema er basert på opplevelser fra praksisfeltet og fagkunnskap. Vi har kommet fram til, - og avgrenset en problemstilling. Videre har vi definert begrepene i problemstillingen og hva som er hensikten med oppgaven. I metodekapittelet viser vi hvordan vi har kommet fram til litteratur brukt i oppgaven og hvordan vi har utøvd kildekritikk. Oppgavens teoridel har vi startet med å belyse sykepleierperspektivet, - og deretter trukket inn Henderson og Travelbee for å belyse sykepleiers ansvars-, funksjonsområde og menneskesyn. Vi har videre valgt å beskrive fagkunnskaper relevante til pasienter som misbruker opioider og har akutt smerte. Påfølgende beskriver vi hva smerte er og hvordan smerte kan observeres og vurderes. For å løse vår problemstilling har vi valgt å se på tillit som grunnleggende sykepleieverdi i møte med pasienter som misbruker opioider og hvordan sykepleiers tillit påvirker observasjoner og vurderinger. Problemstillingen er besvart ut fra fagkunnskaper, praksiserfaringer, eksempler og sykepleieteori. Svaret på vår problemstilling framkommer i konklusjonen. Til slutt foreligger litteraturlisten.

2 Metode.

Villhelm Aubert definerer hva en metode er på denne måten:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007, s 83).

I vår fordypningsoppgave har metoden vært å søke etter tidligere publisert relevant litteratur og bruke erfaringer vi har ervervet gjennom praksis. Innsamlingen av kunnskaper har gjort oss i stand til å svare på problemstillingen på en faglig og god måte (Dalland, 2007).

Høgskolen har gjennom retningslinjene for eksamen klargjort at litteratur som brukes skal være relevant for å svare på problemstillingen. Vi har brukt kildekritikk for å vurdere litteratur og forskning som vi har brukt. Vi har brukt både primære- og sekundære kilder i oppgaven. Vi vet at primære kilder er å foretrekke og at vi må være kritisk til bruk av sekundære kilder fordi de er tolket og bearbeidet av en annen forfatter enn den som opprinnelige publiserte det.

Faglitteratur har vi funnet gjennom skolens bibliotekside Bibsys og gjennom søk i sykepleiefaglige databasene Swemed+, EbscoHost (Chinal og Age Line) og Norart. Mye stoff har vi også funnet i vår egen pensumlitteratur. For å finne relevant forskning har vi utført søk relevante for sykepleie, sykepleiefunksjonen og ansvaret i forhold til problemstillingen. Vi har søkt etter både kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi ønsket å finne kvalitativ forskning for å finne ut om pasienter og helsepersonell sine personlige kunnskaper, erfaringer og oppfatninger relevante for vår problemstilling. Kvantitativ forskning ønsket vi å finne for å få tydeliggjort målbare relevante data for vår problemstilling. Vi mener at kvalitativ forskning er viktig fordi selve oppgaven handler om møte mellom mennesker og den sykepleien som utføres og gis til pasienten. Samtidig ønsket vi kvantitativ forskning fordi de er målbare og kan være med å støtte opp om den kvalitative forskningen.

Vi har i hovedsak brukt søkeordene: opioidemisbruk, opioideavhengighet, opioider, tillit, avhengighet, rusmisbruk, sykepleie, smertelindring, smerter, hyperalgesia, pseudoavhengighet, torelanse, abstinenser, holdninger, kunnskap og smertekartlegging. Søkeordene har vi variert ut ifra ulike endinger og kombinasjoner å søkt både på norsk og engelsk. Søkeordene vi har brukt ga store antall treff. En utfordring har vært å begrense søket

for å få litteratur som var mest mulig relevant for vår problemstilling. Søkene for forskningsartikler begrenset vi til nyere enn 2000. Et annet søke kriterier var at artikler og studier var fagfelleverderte og i full tekst. Vi har også sett at det er enklere å finne relevant forskning på engelsk- enn på nordiske/ norske databaser. Vi har derfor valgt 1 norsk og 3 engelske forskningsartikler.

Vi vil her vise framgangsmåten og kildekritikken vi har brukt for å plukke ut 4 forskningsstudiene som er brukt i vår bachelor oppgave.

Forskningsartikkel 1: *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Vi brukte SweMed+ som søkemotor og søkte på *rusmisbruk** som ga 8 treff. I og med at treffet var så lite trengte vi ikke å korte ned søket før vi fant artikkelen.

Forskningsartikkel 2: *Quantification of the pain terms hurt, ache and pain among nursing students*. Vi brukte SweMed+ som søkemotor og søkte på *smerte** gir 869 treff. Vi kortet ned søket ved å tilføye *sykep** (sykepleie/er) å får 55 treff.

Forskningsartikkel 3: *Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers strategies for obtaining pain relief*. Vi søkte i EbscoHost (Chinal with full text) på Mesh termen substance abuse og 23001 treff. Vi kortet ned med *pain** og fikk 936 treff. Videre kortet vi ned med *hospital** og fikk 64 treff. Her fant vi også forskningsartikkel 4: *Substance users' perspective of pain management in the acute care environment*.

2.1 Kildekritikk

Kildekritikk av forskningsartikkelen; *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* skrevet av Li, Andenæs, Undall og Nåden (2012). Forfatterne har valgt å utføre studien fordi de gjennom erfaring og litteratur finner grunnlag for at rusmisbrukere får dårlig smertelindring i somatisk sykehus og at kunnskaper og holdninger hos helsepersonell kan være en av årsakene. Hensikten med forskningen deres er derfor å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til denne pasientgruppen. Hensikten er beskrevet tydelig definert problemstilling. Resultatet av undersøkelsen viser at helsepersonell har negative holdninger og liten tillit til denne pasientgruppen. Det er behov for

holdningsendrende tiltak og mer kunnskaper som skaper trygghet og da tillit. Metoden som er brukt for å få svar på problemstillingen er anonymiserte spørreskjema. Metoden er relevant fordi den viser fordelingen av hvordan helsepersonell oppfatter de ulike problemstillingene. Antallet som svarte på undersøkelsen var 312. Av de var 312 sykepleiere og 38 leger som arbeidet ved ulike avdelinger i somatisk sykehus fra ulike helseregioner i landet. Den store svarprosenten og fordelingen utover i landet gjør funnene relevante. Artikkelen og funnene er overførbare og relevante til vår problemstilling da den både handler om opioidemisbrukere innlagt i sykehus, smerter, smertelindring og holdninger hos sykepleier. Forfatterne skriver at en svakhet med resultatene er av spørreskjemaet den er basert på er egenutviklet og ikke testet ut i andre studier. Forfatterne skriver også at spørsmål om holdninger kan være vanskelig å svare på fordi vi tolker begrepene ulikt. Undersøkelsen er av nyere dato. En annen styrke er at undersøkelsen er utført i Norge. Artikkelen er fagfelleivurdert og publisert i sykepleien forskning. Det er også en styrke at forskningsartikkelen er skrevet av mennesker som jobber innenfor helsesektoren eller innen helseutdannende fag.

Kildekritikk av forskningsartikkelen; Substance users perspective of the pain management in the acute care environment skrevet av Blay, Glover, Bothe, Lee og Lamont (2012). Bakgrunn for studien er en tidligere studie som viser at opioidemisbrukere blir mindre urolige og aggressive når de blir godt smertelindret. I samme studie ble det bestemt å gjøre en oppfølgingsstudie om hvordan opioidemisbrukere opplever effektiviteten av smertebehandlingen ved akutt innleggelse i sykehus. Problemstillingen i studien er tydelig. Metoden som ble tatt i bruk besto av en kvalitativ del som tok sikte på å kartlegge pasientens beskrivelser gjennom intervju og en kvantitativ del som besto av spørreundersøkelse. Spørsmålene deltageren skulle svare på var om de var fornøyd med smertelindringen på sykehuset. I tilfelle de ikke var de ble de bedt om å beskrive hva som kunne ha forbedret det. De ble også spurt om de oppnådde smertelindring av gitte medikamenter. Spørsmålene ble gjentatt 4 ganger fordelt over 96 timer for å se om meningene forandret seg utover i behandlingsforløpet. Deltagerne ble plukket ut på akutt avdelinger av helsepersonell i forhold til krav om at de måtte ha misbrukt illegale eller reseptbelagte stoffer oftere enn tre ganger i uken i mer enn tre måneder. Misbrukere av kun alkohol og svakere legemidler midler som paracetamol ble ekskludert. Svar fra 27 deltagere ble relevante til bruk i studien. Studien er relevant for oss da den undersøkelsen er utført blant tyngre rusmisbrukere. Undersøkelsen er av nyere dato. Undersøkelsen er utført i Australia som gjør at vi er klar over at resultatene nødvendigvis ikke trenger å være overførbare til norske forhold.

Kildekritikk av forskningsartikkelen: Quantification of the pain terms hurt, ache and pain among nursing students, skrevet av Bergh og Sjoström (2007). Hensikten med studien var å kartlegge hvilken smerteintensitet sykepleierstudenter tilegnet ulike smertebegreper. Problemstillingen er tydelig beskrevet. Funn i studien viser at ulike smertebegreper tilegnes ulik intensitet og at variasjonene kan være store blant sykepleierstudenter. Vi mener artikkelen er relevant fordi den viser at sykepleierstudenter tolker smerter og smertebegreper ulikt. Studien er relevant fordi det er viktig å være klar over at mennesker kan tolke smertebegreper ulikt. 549 sykepleierstudenter ved et svensk universitet svarte på spørreundersøkelsen som var metoden. Vi mener det er en hensiktsmessig metode da det gir statistisk oversikt som svar på problemstillingen. Høyt antall deltagere gjør funnene relevante for andre sykepleierstudenter. Studien er av nyere dato. Studien er svensk. Studien er publisert i Scandinavian Journal of Caring science og utført av personer som har en phd grad innen helsefag.

Kildekritikk av forskningsartikkelen: Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers strategies for obtaining pain relief skrevet av Morgan (2006). Bakgrunn for utførelse av studien er funn i litteratur som viser at pasienter som misbruker rusmidler får dårlig smertelindring i sykehus. Målet med studien var å kartlegge hvordan opioidemisbrukere opplevde å være i en behandlingssituasjon som krevende smertelindring. Problemstillingen er tydelig formulert. Metoden i studien er basert på intervju. Vi synes det er en relevant metode for å svare på problemstillingen fordi det får fram pasientenes meninger usensurert. Fordi studien viser flere relevante funn så har vi valgt å trekke dem fram senere i oppgaven vår. Studien er av nyere dato. Forfatteren bak studien arbeider innen sykepleieutdanningen. Studien er publisert i Pain Management Nursing. Studien er amerikansk så pasientenes meninger trenger ikke å være like meningene til pasienter som misbruker opioider og har behov for smertelindring i Norge. 18 pasienter deltok i studien. Da antallet er mindre er det ikke sikkert resultatet gjenspeiler meningene til alle som er rusmisbrukere.

2.2 Etisk vurdering.

Pasienter og helsepersonell som er tatt med i casen er anonymisert. Anonymiseringen ivaretar pasienten og helsepersonell som var tilstedet ved vår praksisplass.

Vi er klar over at helsepersonell fra vårt praksisfelt kan føle seg provosert og uthengt over det vi skriver som bakgrunn for valg av tema. Erfaringer og kunnskap vi får gjennom vår oppgave kan gi ny kunnskapsheving i praksisfeltet. Tanken bak oppgaven er ikke å kritisere og henge ut andres arbeid, men å sette fokus på- og styrke våre kunnskaper i forhold til temaet vi har valgt. Vi vet også at vår erfaring ifra praksis kan være noe ukorrekt da det ikke er sikkert at sykepleierne alltid forklarte de observasjonene og vurderingene de gjorde. Kommunikasjon kan også være en feilkilde da mottaker kan oppfatte og tolke noe annerledes enn avsender. Dette gjelder både mellom sykepleier og pasient og mellom helsepersonell generelt.

Litteratur og forskning brukt i oppgaven kan være feil. Selv om vi gjennomfører kildekritikk kan det være vanskelig å avsløre juks i f.eks forskning.

3 Sykepleieperspektivet

Sykepleiers funksjon består i å arbeide helsefremmende, forebyggende, behandlende og utføre rehabiliterende tiltak for pasienter (International council of nurses, 1999). Sykepleiers oppgave er å bistå den enkelte pasient, med det den ikke har mulighet til å klare selv, på grunn av sykdom eller skade. Hensikten med dette er å hjelpe pasienten til å bli selvstendig eller å leve med sin sykdom eller lidelse på best mulig måte (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Denne definisjonen av hva som er sykepleiers funksjon gjenspeiler definisjonene til Henderson og Travelbee (Henderson, 2012) (Travelbee, 1999). Å lindre og behandle akutt smerte er en del av sykepleiers funksjon. Målet med den lindrende funksjon kan være at sykepleier begrenser belastninger som skyldes akutt smerte. Sykepleier fremmer opplevelsen av velvære og livskvalitet. Målet med sykepleiers behandlende funksjon er å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov når pasienten ikke klarer det selv pga akutt smerte. Sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å bli så selvstendig som mulig så raskt som mulig.

Sykepleie er en profesjon som innehar sin egne etiske normer for hva som er god yrkesutøvelse. Sykepleier har ansvar for å utøve sykepleie som er basert på respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal også baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. En sykepleier skal ivareta hver enkelt pasients integritet, helhetlig omsorg, retten til å være medbestemmende og ikke bli krenket. Dette viser at sykepleie bygger på humanistiske verdier. Grunnlaget for sykepleie er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Verdiene finner vi også igjen i ICNs etiske regler for sykepleiere (International council of nurses, 1999). FNs menneskerettigheter slår fast at alle mennesker er verdt like mye og har de samme rettighetene (United Nations Human Rights, 1948). Det er viktig at sykepleier ikke behandler pasienter ulikt pga forskjellig kultur, levevaner og holdninger. Sykepleier har ansvar for at alle pasienter får god og individuell sykepleie, også de som misbruker opioider.

I oppgaven vår er tillit vesentlig i forhold til behandlingen av pasienten med opioidmisbruk som har akutte smerter. En grunnleggende verdi i sykepleieutøvelsen er tillit. Som nevnt tidligere i oppgaven er tillit viktig for at mennesker skal stole på hverandre og danne grunnlag for menneskelig fellesskap og samvær. Tillit ser vi er viktig i sykepleie- pasient relasjonen for

å kunne stole på hverandre. Tillit eller mangel på tillit påvirker våre holdninger og handlinger (Hummelvoll, 2004). Sykepleier er en naturlig person og ha tillit til i samfunnet pga sine kunnskaper om helse og behandling av sykdom. Sykepleier møter pasienter i sårbare situasjoner som ofte er avhengig av den hjelpen som sykepleier yter. Sykepleiere har derfor en sterk innflytelse på andre mennesker. Denne formen for tillit kan ses på som en type makt (Grimen, 2001). Som sykepleier er det viktig å være klar over den makten man kan ha over pasienter. Sykepleier har kompetanse innen sitt felt, noe som kan legitimerer hennes budskap, meninger og holdninger. Pasientens meninger og ønsker for behandling kan undertrykkes dersom sykepleier overstyrer pasienten pga sin egen kunnskap og kompetanse. I studien til Morgan (2006) sier opioidemisbrukere at deres ønsker om type analgetika og administrasjonsmåte ved akutt smerte blir oversett av sykepleier. Dette kalles for en paternalistisk holdning fordi sykepleier tror "hun vet best".

Sykepleieutøvelsen har krav om å være faglig og etisk forsvarlig. Etisk forsvarlig betyr at sykepleier ivaretar pasientens autonomi, gir lik og rettferdig behandling som ikke er til skade (Slettebø, 2009). Etisk forsvarlighet kan også være å se mennesket bak diagnosen og være et medmenneske. Å være faglig forsvarlig vil si å arbeide ut ifra en sykepleieprosess. Sykepleierprosessen er en systematisk og vitenskapelig tilnærming til et problem eller et behov en pasient har. Sykepleier samler inn data og vurderer, identifiserer problemer, planlegger, iverksetter tiltak og evaluerer (Mikkelsen & Hage, 2007).

Med bakgrunn i temaet i vår oppgave, har det vært viktig for oss å bevisstgjøre oss selv i sykepleierens ufravikelig ansvars og funksjonsområde i yrkesutøvelsen. Problemstillingen vår handler om hvordan tillit kan påvirke sykepleiers observasjoner og vurderinger av akutte smerter hos pasienter med opioidemisbruk. I og med at sykepleiers funksjon består i å behandle og lindre, kan dette knyttes mot observasjon og vurdering som er avgjørende for å kunne sette inn tiltak. Målet med observasjoner og vurderinger er å gi adekvat smertelindring, noe som også er sykepleiers funksjon. Sykepleier har ansvar for at alle pasienter får riktig og god behandling, - også pasienter med opioidemisbruk. For at sykepleier skal utføre sin funksjon og ansvar må sykepleie være basert på et verdigrunnlag. Å vise tillit til pasienten er en viktig sykepleie-, og medmenneskelig verdi.

3.1 Virginia Henderson sykepleieteori knyttet til sykepleiers funksjon- og ansvarsområdet.

Sykepleie er for oss å hjelpe mennesket med å håndtere sykdom eller lidelse. Å hjelpe betyr for oss å lindre de symptomer som oppstår pga sykdom og skade eller å behandle sykdom og skade i seg selv. Vi mener også at sykepleie handler om å ivareta hele mennesket, ikke bare behandlet eller lindre selve sykdommen eller skaden. Sykepleie handler for oss om et grunnleggende ønske om å hjelpe andre mennesker, -som ikke klarer det selv pga sykdom og skade, -til å oppnå god helse og livskvalitet. Å utføre god og forsvarlig sykepleie til alle pasienter mener vi er en indre moral, ikke bare basert på lover og regler. Vårt syn på sykepleie støttes av Virginia Hendersons sykepleieteori. Vi har derfor valgt hennes definisjon av hva som er sykepleiers funksjon som grunnlag i vår oppgave;

”Sykepleierens unike funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så rask som mulig” s, 14 (Henderson, 2012).

Vårt syn på sykepleie gjenspeiles i yrkesetiske retningslinjer som slår fast at ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (Norsk sykepleierforbund, 2011). I forhold til problemstillingen vår vil det si at det er sykepleiers funksjon å hjelpe pasienter med opioidemisbruk og lindre akutt smerte når de ikke klarer det selv. Gjennom pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b har pasienten krav på nødvendig helsehjelp (Lovdata, 1999). Med nødvendig helsehjelp menes blant annet nødvendig behandling utført av helsepersonell. Autorisert sykepleier regnes som helsepersonell er dermed pålagt å yte nødvendig helsehjelp. Vi ser at sykepleier er pålagt å gi god og nødvendig helsehjelp, også til pasienter med opioidemisbruk (Lovdata, 1999) (Lovdata, 1999) (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi vil også få fram at den indre moralen med ønske om å hjelpe pasienten på en god og forsvarlig måte er viktig.

Henderson har beskrevet 14 grunnleggende behov mennesket trenger å tilfredsstille for å føle velvære å ha god livskvalitet. Å få tilstrekkelig med søvn å hvile, spise og drikke og bevegelse er tre av hennes eksempler (Henderson, 2012). Smerter påvirker menneskets evne til å få dekket behovene. Sykepleiers funksjon og ansvar består i å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov, noe som også er i samsvar med yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011). I oppgaven vår betyr det å utføre smertelindrende tiltak, behandle årsaken til smertene og ivareta andre behov pasienten med opioidemisbruk har. Henderson påpeker at sykepleier ikke skal gjøre pasienten passiv da det ikke vil hjelpe pasienten til å bli selvstendig (Henderson, 2012).

Henderson (2012) skriver at; sykepleiers funksjon er ”å utføre handlinger ordinert av lege”. Vi vet at sykepleier ikke har ansvar for å bestemme valg av behandling. Derimot har sykepleier ansvar for å utføre, observere og vurdere behandlingen. Tilstanden til pasienten skal tas i betraktning når grunnleggende sykepleie skal utføres. Det vil si at vi skal ikke gjennomføre sykepleie som ikke er individuelt tilrettelagt. En måte å dekke pasientens behov på er i følge Henderson og; tolke og prøve å forstå pasientens fysiske og følelsesmessige behov, gjennom å være lydhør og gjennomføre observasjoner. Henderson sier også at sykepleier bør være ydmyk ovenfor sine begrensninger i forhold til å forstå andres behov. Vi tolker dette utsagnet som at observasjon er grunnleggende for all sykepleie. Vi mener derfor at observasjon av pasientens smerter og behov er grunnleggende for behandlingen som gis. Sykepleier kan ikke gi adekvat smertelindring til en pasient hvis det ikke er gjennomført gode observasjoner av pasientens behov. Vi ser at dette er viktig i møte med pasienter som misbruker opioider da de har sammensatte behov. Manglende observasjoner kan føre til mangelfull behandling eller i verste fall feilbehandling. Sykepleier har gjennom helsepersonelloven § 4 krav om å arbeide faglig forsvarlig (Lovdata, 1999). Det vil si at sykepleier må ha kompetanse og kunnskaper for å gjøre gode vurderinger av de observasjoner som blir gjort. En Sykepleier som hjelper en pasient med å ivareta sine grunnleggende behov skal gjøre det basert på verdier som ivaretar pasientens ve og vel, noe som står nedfelt i yrkesetiske retningslinjer;

”Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert” (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Igjen vil vi påpeke at sykepleier må ha et indre ønske om å ivareta pasienten.

3.2 Joyce Travelbee og menneskesyn.

Vi mener at alle mennesker er unike individer og er verdt like mye. Vi mener også at alle mennesker har like stor rett til ytre sine meninger og behov. Vi ser på det å føle seg respektert og trygg som et grunnleggende behov hos mennesker. Hvert enkelt menneske har sin historie og fortelle. Det betyr for oss at sykepleier må se mennesket i sin helhet og behandle det med verdighet og respekt. Vi mener at sykepleie er mer enn behandling og lindring av pasienters sykdom eller skade, - sykepleie er også å være et medmenneske. Vi mener at sykepleier bør ha tillit til mennesker selv om de har annen leve og væremåte. Ut ifra problemstillingen vår betyr det at en pasient er mer enn bare en opioidemisbruker. Vår tanker gjenspeiles i Joyce Travelbees sykepleieteori hvor hun sier at alle mennesker er et enestående, uerstattelig individ som eksisterer kun en gang i verden (Travelbee, 1999). Vi har derfor valgt Travelbee til å representere vårt menneskesyn i oppgaven.

Travelbee (1999) sier at alle mennesker er unike individer og at sykepleier derfor ikke kan generalisere sykepleien som gis. Dette gjenspeiler seg i vår problemstilling hvor pasienter med opioidemisbruk og akutte smerter har andre behov enn pasienter som ikke misbruker opioider, for å oppnå adekvat smertelindring. Adekvat smertelindring ser vi derfor ikke kan generaliseres til å passe alle pasientgrupper, men må i stedet tilpasses individet. Tilpasset behandling er en måte å gi helhetlig omsorg til pasienten, noe sykepleier er pålagt gjennom yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011), og gjennom pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b (Lovdata, 1999). En måte å tilpasse sykepleien på er å bli kjent med pasienten. Joyce Travelbee (1999) er opptatt av kontakten mellom sykepleier og pasient. Travelbee skriver at sykepleier må lytte til pasienten å ha et åpent sinn. Hun beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient, der tanker og følelser deles. For å oppnå god kommunikasjon bør tillit være tilstede i sykepleier- pasient relasjonen. Kommunikasjon kan være et av sykepleierens verktøy i prosessen med observasjon av smerte, samt vurdering av smerte. Om kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er dårlig, kan det oppstå misstillit og misforståelser. Å gjøre gode observasjoner av akutte smerter hos pasienter med opioidemisbruk blir vanskelig hvis sykepleier mangler tillit til pasienten. Sykepleier kan mistolke pasientens beskrivelse av akutt smerte pga manglende tillit til

pasienten. Travelbee fokuserer på at det er pasienten selv som opplever sykdom. Hun skriver at sykdom og skade er en trussel mot en selv, og at måten den pasienten oppfatter sykdommen sin på er viktigere enn hvordan helsepersonell kategoriserer sykdommen. Travelbee mener at helsepersonell ikke kan vite hvordan den som er syk opplever sin sykdom uten å kommunisere med individet. Det vil si at det kun er pasienten med opioidemisbruk som har akutt smerte som vet hvordan det arter seg. Sykepleier kan ved hjelp av kommunikasjon og samhandling med pasienten forstå hvordan pasienten har det. Vi ser at sykepleier derfor bør ha tillit til pasientens smerteformidling. Samtidig er det sykepleiers ansvar å legge til rette for en relasjon med pasienten der han kan fortelle om hvordan han har det og hvilke ønsker han har for behandlingen. Sykepleier skal etterstrebe og ivareta pasientens autonomi. Autonomi betyr at pasienten selvstendig påvirker og tar avgjørelser relevante for egen behandling, noe som står beskrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) og i Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (Lovdata, 1999) (Slettebø, 2009). Travelbee (1999) ser på sykdom som en trussel mot en selv. Sykdom og skade som fører til akutt smerte setter pasienten i en sårbar situasjon med behov for trygghet. I slike situasjoner ser vi behov for at sykepleier skaper et trygt behandlingsforløp ved hjelp av blant annet å vise tillit og respekt. I studien til Morgan (2006) påpeker opioidemisbrukere at de har behov for å bli møtt med respekt fra sykepleier i en akutt behandlings situasjon.

4 Pasienten med opioidemisbruk.

Opioider finnes som nevnt tidligere som legale legemidler og illegale rusmidler (Skjøtskift, 2012). Misbruk av opioider gir ofte rus i form av eufori. Rus er en forkortelse for beruselse. Beruselse er en tilstand hvor personen som opplever det kan gå inn i en tilstand av å være oppstemthet, tilfreds eller avslappet (Nesvåg, 2012). Fekjær (2009) skriver at forskjellige rusmidler avgir ulik type rus, men et fellestrekk er at de fører til at mennesker forandrer personligheten slik at de ikke blir seg selv.

Bruk av opioider kan ses på som et rusmisbruk hvis en person bruker større mengder enn det som er forskrevet av legen eller tolerert av samfunnet (Snoek & Engedal, 2006). ”Hva samfunnet tolerer” kan variere i ulike samfunn og kulturer. Alt inntak av illegale rusmidler defineres i Norge som et rusmisbruk (Biong & Ytrehus, 2012). Ut ifra diagnosesystemet ICD-10 foreligger det et rusmisbruk når rusmiddelet gir fysiske og/ eller psykiske skader (Kronholm, 2012).

Opioider er sterkt vanedannende. Det betyr at faren for misbruk og avhengighet er økt. Allerede etter en uke med kontinuerlig bruk vil en person få abstinenser ved nedtrapping eller seponering. Etter en uke vil en person utvikle toleranse (Fekjær, 2009) (Slørdal, 2007). Toleranseutvikling betyr at kroppen etter hvert trenger større doser opioider for å oppnå den ønskede effekten. Kroppen utvikler toleranse for å redusere evnen stoffet har til å virke inn på sentralnervesystemet. Det er toleranseutviklingen som fører til at et menneske får abstinenser etter opioider ved nedtrapping og seponering (Jellestad, 2012). Vanlige abstinenser ved opioidemisbruk er symptomer som minner om influensa som ubehag, muskelverk, rennende nese og øyne, frysninger gjesping, svetting, søvnproblemer og dårlig matlyst. Mange kan bli rastløs, nedstemt, irritabel, urolig og få angstanfall. Alvorlige tilfeller er økt blodtrykk, muskelkramper, magesmerter, diare og oppkast. Disse symptomene varer ofte mer enn to dager. Abstinenser kan kamuflere symptomer på sykdom. Abstinenser i seg selv kan føre til innleggelse i sykehus, og kan være livstruende ved underliggende sykdom som koronar hjertesykdom (Skjøtskift, 2012) (Folkehelseinstituttet, 2012).

Abstinenser og toleranse er to begreper sykepleier må ha kunnskaper om og observere for å kunne gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidemisbruk som har akutte smerter.

Utfordringer med smertelindring til denne pasientgruppen er at de fleste som misbruker opioider har økt toleranse for opioider, noe som f.eks kan føre til dårlig smertelindring, økt russug eller abstinenser hvis dosene med opioider blir for liten (Bell, et al., 2009). Symptomer på abstinenser kan være vanskelig å skille fra symptomer på akutte smerter. Pasienten som misbruker opioider klarer ikke nødvendigvis å skille mellom abstinenser og smerter selv (Kongsgaard, Bell, & Breivik, 2005). Både abstinenser og akutte smerter føre til tydelig ubehag hos pasienten. Økt blodtrykk, raskere hjerterefrekvens, svette, søvnproblemer og nedsatt matlyst er noen eksempler. Likhetene kan gjøre det utfordrende for sykepleier i møte med pasienter med opioidemisbrukere som har akutte smerter og observere om pasienten har smerter eller abstinenser. Det er viktig å skille på om pasienten har smerter eller abstinenser da symptomene krever ulik behandling (Skoglund & Biong, 2012). En norsk studie viser at opioidemisbrukere har tillit til sykepleiere når de ivaretar deres behov for smertelindring og forebygger abstinenser (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012).

Misbruk av opioider kan føre til avhengighet. WHO beskriver avhengighet som en mental lidelse, - der personen misbruker et stoff gjentakende, selv om skadene av stoffet kjennes på kroppen. Personen har problemer med å kontrollere hyppigheten av inntaket av stoffet. Etter hvert trenger personen større mengder av stoffet for å oppnå samme effekt som tidligere. Hvis personen slutter å ta stoffet vil abstinensene komme i form av fysisk og psykiske symptomer (World Health Organization, 2012). Diagnose systemet ICD-10 har de samme kriteriene for å diagnostisere avhengighet, men tilfløyer også at en person regnes som avhengig når hverdagen i stor del handler om kjøp og bruk av et rusmiddel. Andre interesser, jobb og familie blir da nedprioritert. Flere kilder beskriver avhengighet av rusmidler som en type tvang. Personene som er avhengig føler sterk lyst, sug og et ubevist krav om og ruse seg. Misbruket foregår tiltross for at personen har kunnskaper om hvilke konsekvenser det kan ha på både kort og lang sikt (Slørdal, 2007). Fekjær (2009) deler avhengigheten inn i en fysisk og en psykisk del. Den fysiske avhengigheten viser seg gjennom abstinenser ved bruk av rusmidler, men er ikke årsak til at personer fortsetter og ruse seg. Den psykiske avhengigheten er årsaken til at personer velger å fortsette og ruse seg. Fekjær (Ibid) mener at misbruket har psykiske forklaringer og at avhengighet i stedet er resultatet.

Hvorfor misbruker mennesker opioider? Mennesker kan ha risikofaktorer for å utvikle et misbruk. Vi har i praksis sett at det ofte foreligger ulike typer omsorgsvikt i barndommen, eller traumer i ung eller voksen alder. Misbruk kan også skyldes gener som gjør enkelte

mennesker mer disponert (Hummelvoll, 2004). Fekjær (2009) skriver at misbruk kan oppstå fordi mennesker kan ha behov for avslapping, trøst, belønning, føle glede, fjerner hemninger å dempe angst. Misbruket kan også være et resultat av avhengighet pga langvarig behandling med opioider. Vi ser at en sykehusinnleggelse kan føre til at opioidemisbrukeren har økt behov for og ruse seg fordi det er en belastende situasjon. Sykehusinnleggelse kan ses på som en stressfaktor (Hummelvoll, 2004). Mange folk, travle avdelinger, nye rutiner, helsepersonell og forholde seg til og uvissheten om hvordan oppholdet utvikler seg. Noen opioidemisbrukere kan være truende og aggressive i en behandlingssituasjon hvis de føler at deres behov ikke blir ivaretatt og at de ikke blir respektert (Morgan, 2006).

Misbruk av opioider kan føre til økt sykkelighet og dødelighet i forhold til resten av befolkningen. En person som misbruker og er avhengig av opioider kan ha dårlig fysisk-, psykisk- og sosial helse (Skeie, 2012). Livet som misbruker kan være kaotisk, hektisk og krevende, noe som kan gjøre det vanskelig å ivareta sin egen helse. Mange misbrukere har dårlig egenomsorg. Diagnoser en pasient som misbruker opioider kan bli innlagt for på sykehus kan være overdoser, akutt skade, smertetilstander, mage og tarmproblemer, infeksjoner som hiv og hepatitt b og c og lungesykdommer (Skoglund & Biong, 2012). Symptomer på somatisk sykdom kan dekket over av symptomer på rus, abstinenser og lang tids avhengighet. Opioidemisbruk vil over tid føre til nedsatt kognitiv evne. Også den psykiske helsen vil påvirkes. Mange sliter med depresjon og at de er emosjonelt ustabile, noe som kan gjøre det vanskelig å forholde seg til andre mennesker (Skjøtskift, 2012). Som nevnt tidligere i oppgaven kan økt sykkelighet blant opioidemisbrukere føre til hyppigere sykehusinnleggelser enn blant andre pasientgrupper i befolkningen. Vi ser at det er mange utfordringer i møte med pasienten som misbruker opioider da de kan ha et sammensatt sykdomsbilde. Vi forstår at det kan være en stor utfordring for sykepleier å skille på hva som er akutte smerter og hva som er sykdom eller abstinenser.

Mennesker som misbruker opioider kan bruke flere rusmidler samtidig. I Norsk Legemiddelhandbok står det at mennesker som misbruker heroin ofte misbruker amfetamin, benzodiazepiner og cannabis i tillegg, samt noe alkohol. Helse og omsorgsdepartementet skriver at den største andelen rusmisbrukere i Norge er blandingsmisbrukere (Fekjær, 2009). Pasienter som legges inn i sykehus kan ha omfattende rusmisbruk og vi ser at dette kan være en utfordring og kartlegge for sykepleier. Vi velger ikke å belyse blandingsmisbruk videre i oppgaven.

Når vi nå har tilegnet oss kunnskap om opioider, hva misbruk er, og hva det kan føre til, - ser vi klarer den utfordringen sykepleiere og annet helsepersonell står ovenfor i møte med den opioideavhengige som har akutte smerter. I tillegg vet vi gjennom studien til Morgan (2006) at noen opioidemisbrukere med akutt smerte kan ruse seg under sykehusinnleggelsen, eller skrive seg ut på eget ansvar hvis de ikke føler at de blir respekter og får adekvat smertelindring.

5 Smerter.

Smerte er et ord vi mennesker bruker for å beskrive en følelse vi har eller noe som oppstår som følge av skade. Smerten oppleves sanselig og emosjonelt. International Association for the Study of Pain (ISAP) har formulert definisjonen på smerte slik:

”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevs skade, eller beskrevet som slik skade” s,25 (Stubhaug & Ljøås, 2008).

Definisjonen vektlegger at smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse. Ut ifra definisjonen må sykepleiere akseptere at pasienten har smerter, uansett om det er synlig vevs skade eller ikke. McCaffery og Beebe sin definisjon på smerter kan også tolkes slik at sykepleier må erkjenne pasientens smerter; *”Pasienten har smerter når den sier at den har smerter, og smertene er slik pasienten beskriver dem” s18 (1996)*. Melzack, Wall og McMahan referert i (Rustøen og Stubhaug, 2006) sier at smerteopplevelsen påvirkes av fysiologiske, sensoriske, følelsesmessige, kognitive, atferdsmessige og sosiokulturelle faktorer. Smerter oppleves forskjellig fra person til person.

Vi ser på smerter som et helseproblem fordi det påvirker menneskets evne til å ivareta sine grunnleggende behov. Smerter kan blant annet føre til immobilitet, isolasjon, lidelse, nedsatt ernæringsinntak, angst og depresjon. Et menneske som blir påvirket på denne måten får ofte nedsatt livskvalitet og dårligere helse. Uten behandling eller lindring kan mennesket utvikle tilleggsykdommer som følge av at de grunnleggende behov ikke blir ivaretatt pga smerter. Smerter som ikke behandles kan utvikle seg til å bli kroniske (Sinatra, 2010).

Vi skiller mellom akutt og kronisk smerte. Akutt smerte oppstår brått og varer i maksimalt 3 måneder. Vedvarende smerter utover 3 måneder regnes som kronisk. I oppgaven har vi valgt å ha fokus på akutt smerte som er nociseptiv. Akutt nociseptiv smerte skyldes indre eller ytre vevs skade som er en hovedårsak til at mennesker blir innlagt i sykehus (Slørdal & Rygnestad, 2007). Beinbrudd, apendisitt og brannår er eksempler akutte nocisepetive smerter.

Akutt smerte framkalles av indre eller ytre vevs skade. Den er et varselsignal på oppstått skade. Det er disse smertene som gjør at vi reagerer motorisk med å beskytte oss mot skade. Indre nociseptiv smerte kalles for visceral smerte, som ofte er brennende, stikkende og kan være diffus og vanskelig å lokalisere. Ytre nociseptiv smerte er ofte skarp og lett å lokalisere (Rustøen & Stubhaug, 2006). Smertesignaler sendes fra det skadede området og til sentralnervesystemet hvor smertene ”tolkes”. Dette gjør at vi kan lokalisere, gjengi intensiteten, beskrive og huske smerte. I sentralnervesystemet avgjøres det hvordan vi reagerer motorisk og emosjonelt på smerte. Fra sentralnervesystemet sendes det ut signaler som aktiverer det autonome systemet (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2007). Ved akutt smerte fører det autonome nervesystemet til økt blodtrykk, - puls, - respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller, svetting, nedsatt tarmfunksjon, urinretensjon og økt blodsukker nivå (Oxford university, 2011). Akutt visceral smerte fører til aktivering av det autonome nervesystemet slik at pasienten blir blek, kaldsvett, bradykard og får blodtrykksfall. Gjennom det autonome nervesystemet aktiveres følelsesmessige reaksjoner på akutt smerte. Om mennesket blir stresset, urolig, oppstemt eller engstelig har betydning for hvordan menneske opplever akutt smerte og hvordan de blir observert og tolket av sykepleier. Kliniske symptomer kan sykepleier observere. Smerter generer stress. Sykepleier kan derfor se etter tegn på akutt smerte ved å observere stress symptomer. Stress vet vi kan ses som oppstemthet, rastløshet, utålmodighet, forhøyet blodtrykk og puls. En annen måte og observere akutt smerte på er å se på smerte påvirker pasientens grunnleggende behov. Søvnproblemer, immobilitet, anspenhet, nedsatt ernæringsinntak, isolasjon og manglende interesse for det som vanligvis opptar pasienten kan vise at grunnleggende behov er påvirket av akutt smerte. Andre symptomer på akutt smerte kan være gråt, økt fokus på - og behov for å snakke om smerte, ømfintlighet på det skadede området og resten av kroppen. Smerter kan ses på pasientens ansikts- og kroppsspråk. Det autonome nervesystemet vil etter hvert tilpasses akutt smerte fordi det er krevende og opprettholde kliniske funksjoner som høyt blodtrykk og rask puls over tid. Det fører til at mange kliniske symptomer på akutt smerte ikke er observerbare etter hvert. Dette er en årsak til at sykepleier må forholde seg til pasientens egen smerteformidling i tillegg (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Vi ser at sykepleier kan gjøre mange kliniske observasjoner av akutt smerte. Vi forstår at sykepleier trenger praktisk erfaring for å bli god i kliniske observasjoner av akutt smerte, ikke bare teori.

Noen pasienter har katastrofetenkning i forhold til smerter, det vil si at pasienten tror at smerten ikke skal gå over, at den skal bli verre, at det er ingenting som lindrer (Rustøen &

Stubhaug, 2006). Her ser vi viktigheten av at pasienten har tillit til at sykepleier vil utføre behandling som fører til adekvat smertelindring.

Pasienter som misbruker opioider eller står på store doser kan ha økt sensitivitet mot smerter (D'arcy, 2007). Her ser vi igjen hvor sammensatt akutt smerte hos pasienter som misbruker opioider kan være å observere for sykepleier. Sykepleier må i møte med pasienter som misbruker opioider ha kunnskaper og kompetanse for å kunne gi adekvat smertelindring til denne pasientgruppen.

Pseudoavhengighet er et begrep som brukes når en pasient har en rusmiddelsøkende adferd som egentlig skyldes dårlig smertelindring. Rusmiddelsøkende adferd kan være at pasienten etterlyser legemidler til faste tidspunkter, "higer" etter, - eller til og med stjeler smertestillende. Den eneste måten å avdekke pseudoavhengighet er ved å gi adekvat smertelindring slik at tilstanden opphører (Bell & Salmon, 2009). Vi ser utfordringen med at pseudoavhengighet kan misforstås som et forsøk på å oppnå rus gjennom sterke smertestillende opioider. Vi ser også at denne adferden kan forekomme hos pasienter som misbruker opioider og har akutt smerte fordi denne gruppen ofte opplever dårlig smertelindring (Morgan, 2006) (Blay, Glover, Bothe, Lee, & Lamont, 2012).

Akutt smerte er en stor påkjenning for pasientens helse som bør lindres og om mulig behandles. Målet med smertelindring er å dempe pasientens smerte og øke livskvaliteten (Bell, et al., 2009). Torvik, Skauge og Rustøen (2008) skriver at god smertelindring er at hver enkelt pasient får individuell tilpasset og optimal smertelindring. McCaffery og Beebes (1996) mål for god smertelindring er at den har et terapeutisk mål som bidrar til å bedre pasientens helse fysiske og psykisk. De mener at god smertelindring legger til rette for en aktiv pasient som kan være med å ta avgjørelser i forhold til effekten og valg av metode. Vi mener at disse definisjonene av hva som er god smertelindring oppsummerer hva som er adekvat smertelindring også til pasienter med akutt smerte som misbruker opioider.

Valg av metode for å oppnå adekvat smertelindring må ses i sammenheng med pasienten, årsaken, situasjonen og intensitet på smertene. Smertelindring kan foregå ved å lindre akutt smerte eller ved behandling av årsaken til akutt smerte. Sterk akutt smerte som fører til innleggelse i sykehus krever ofte behandling med opioide analgetika sammen med andre legemidler (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Her ser vi at adekvat smertelindring av

pasienter som misbruker opioider er en utfordring. Denne pasientgruppen misbruker allerede opioider. Gjennom kunnskap vet vi at denne pasientgruppen derfor krever en større dose opioider for å bli adekvat smertelindret pga toleranse utvikling og risiko for abstinenser. Det er heller ikke ønskelig å skape behov for ytterligere misbruk hos pasienten ved å gi for store doser opioide analgetika som øker toleranseutviklingen (Kongsgaard, Bell, & Breivik, 2005).

5.1 Observasjon og vurdering av smerter.

Observasjon og vurdering av akutt smerte, - og hvilke behov akutt smerte fører til er en del av sykepleieprosessen. Observasjon av akutte smerter gir grunnlag for vurdering og identifisering av årsaken, hva den fører til og hvordan den kan behandles. Kunnskapen brukes til å planlegge å sette i gang tiltak der målet er og lindre eller behandle akutt smerte. Tiltak kan også ha som mål og ivareta andre behov pasienten har som følge av akutt smerte. Tiltak blir tilpasset individet. Ny observasjon og vurdering av akutt smerte etter igangsatte tiltak gjør det mulig å evaluere om målet blir nådd (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008).

En måte å gjøre gode observasjoner på er gjennom å kommunisere og skape en relasjon med pasienten. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av tegn verbalt eller nonverbalt som gir mening. Kommunikasjon kan skape relasjoner som er et forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Vi som sykepleiere bruker kommunikasjon for å skape relasjoner til pasientene. Gjennom en relasjon oppnås kontakt og forståelse av pasienten og historien den bærer med seg. Dette skal vi bruke som et hjelpemiddel når vi observerer og vurderer tilstanden til pasienten og hvilken behandling pasienten trenger (Eide & Eide, 2011). Gjennom kommunikasjon kan vi observere hvordan pasienten beskriver smertene sine selv.

Ved hjelp av verbal og nonverbal kommunikasjon kan sykepleier vise at hun lever seg inn i det pasienten forteller. Verbal kommunikasjon er ord og lyd. Nonverbal kommunikasjon kan komme til uttrykk gjennom kroppsholdning, kroppsspråk, ansiktsuttrykk, tonefall, blikk, berøring og tempo (Eide & Eide, 2011). En av sykepleierens viktigste oppgaver, er å ha evne og vilje til å kunne lytte til pasienten. Bekreftelsen på at sykepleier lytter kan skape tillit i sykepleier- pasientrelasjonen, og kan stimulere pasienten til å åpne seg og vise sine følelser. Dette styrker samarbeidet og relasjonen mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2004).

Ruspasienter i studien til Morgan (2006) påpeker også at de setter pris på å bli møtt som et menneske og med respekt. Ruspasienter kan ha vanskeligheter med å føle at de blir tatt på alvor, det er derfor viktig at sykepleier viser tillit til pasienten (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Å gi oppmuntrende tilbakemeldinger til pasienten er vesentlig. ”Kan du fortelle mer om dette”, eller ”nikking” og smil, kan gi pasienten motivasjon til å uttrykke sine meninger og følelser (Eide & Eide, 2011). Vi ser at på denne måte viser sykepleier interesse for pasienten uten å være stigmatiserende, noe som skaper tillit i sykepleier- og pasientrelasjonen. Ved kommunikasjon kan sykepleier vise at hun ser hele pasienten, - ikke bare opioidemisbruket. Vi tror at sykepleier ved hjelp av kommunikasjon kan kartlegge og observere viktige faktorer ved akutt smerte og opioidemisbruket hos pasientene i vår problemstilling som er relevant for å oppnå adekvat smertelindring. Vi ser at en relasjon basert på tillit mellom sykepleier og pasient kan stimulere pasienten til å være ærlig om sitt opioidemisbruk. Bedre kjennskap til pasienten med opioidemisbruk tror vi kan gjøre sykepleiere tryggere, noe som igjen skaper tillit slik at sykepleier kan gjøre gode observasjoner og vurderinger. Selv om sykepleier sier at hun forstår når pasienten snakker om sitt liv og opioidemisbruk, påpeker flere rusmisbrukere at dette er noe som er vanskelig å forstå for den som ikke har kjent det på kroppen selv (Thommesen, 2012). Vi ser at sykepleier bør være ydmyk ovenfor sine begrensninger i forhold til å forstå hva det vil si å ha et opioidemisbruk.

I og med at akutt smerte er en subjektiv opplevelse bør observasjon og vurdering basere på pasientens opplevelse. Observasjon og vurdering av akutt smerte kan utføres på flere måter. Ved akutt smerte er det aktuelt å kartlegge smerte typen, intensiteten og årsaken (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008). Smertekartleggingsskjema kan være et hjelpemiddel for å gjøre gode observasjoner. For at pasienten skal kunne bruke smertekartleggingsverktøy er det viktig at pasienten får informasjon om hvordan de brukes og tolkes (Sjøveian & Leegaard, 2012). Smertekartleggingsverktøy kan være endimensjonale eller flerdimensjonale. Endimensjonale smertekartleggingsverktøy som VAS (visuell analog scale), NRS (numeric rating scale) og ansiktsskala måler smertens intensitet. Flerdimensjonale smertekartleggingsverktøy som McGills smerteskjema og Brief Pain Inventory måler flere dimensjoner ved smerten. Noen eksempler er lokalisering, varigheten, beskrivelser og mulige årsaksforklaringer til smerten (McCaffery & Beebe, 1996). Smertekartleggingsverktøy krever en aktiv og deltagende pasient. En studie viser at sykepleiere tolker smertebegreper ulikt. Og at sykepleiere tilegner ulike smertebegreper ulik intensitet (Bergh & Sjostrom, 2007). Vi ser utfordringen med at en

pasient som misbruker opioider og har akutt smerte kan ha vansker med å bruke skjemaene. Tidligere i oppgaven har vi skrevet at denne gruppen pasienter kan ha nedsatte kognitive evner. Smerte tilstanden til pasienten med opioidemisbruk kan påvirke evnen til å motta ny kunnskap. Vi tror at dette kan føre til at pasienten ikke forstår hva sykepleier informerer om og kan gå glipp av viktige beskjeder i forhold til sin egen behandling. Fagspråk kan for pasienten være vanskelig å forstå. Vi ser at det derfor er viktig at sykepleier sikrer at det som formidles til pasienten er forstått. Vi velger og ikke komme nærmere inn på metoder for å oppnå dette i oppgaven.

Akutt smerte kan observeres klinisk av sykepleier. Som beskrevet tidligere i oppgaven kan symptomer på akutt smerte komme fra det autonome nervesystemet i form av forandret blodtrykk, hjertefrekvens og temperatur. Akutt smerte kan også komme til uttrykk gjennom pasientens adferd. Sykepleier kan observere hvordan akutt smerte påvirker andre funksjoner hos pasienten som igjen sier noe om smertens karakter. Akutt smerte kan observeres og vurderes ved administrering av smertestillende legemidler ut ifra om de har effekt eller ikke (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Grundig beskrivelse av symptomer på smerte har vi beskrevet tidligere i oppgaven og vi nevner dem derfor ikke igjen her. Det vi ser gjennom kunnskapen vi har om hvordan akutt smerte kan komme til uttrykk, er at akutt smerte og abstinenser har mange fellestrekk som gjør at tilstandene kan forveksles. Vi ser at både akutt smerte og abstinenser fører til at pasienten kan ha fysiologiske og psykologiske forandringer. Vi ser også at pasienten nødvendigvis ikke trenger å ha bare akutt smerte eller abstinenser men at begge tilstandene kan opptre samtidig og forsterke eller forverre symptomene. Tidligere i oppgaven har vi skrevet at kliniske symptomer på akutt smerte kan avta etter hvert. For oss betyr det at sykepleier ikke bør observere og vurdere kliniske symptomer på smerte alene, men er avhengig av pasientens smerteforbidling i tillegg.

6 Hvordan påvirker sykepleiers tillit observasjoner og vurderinger som er viktige for å gi adekvat smertelindring til pasienter med opioidemisbruk?

Vår problemstilling vil vi besvare gjennom drøfting. Vi vil først belyse tillit som en grunnleggende sykepleieverdi i møte med pasienter som misbruker opioider. Vi vil også drøfte hvordan tillit påvirker de observasjoner og vurderinger sykepleier gjør hos pasienter som har akutt smerte og misbruker opioider. Problemstillingen vil vi besvare med å bruke kunnskap vi tilegnet oss gjennom teori i oppgaven, praksiserfaringer og relevant litteratur. Til sammen mener vi at dette danner grunnlaget for å kunne besvare vår problemstilling.

6.1 Tillit som grunnleggende sykepleieverdi i møte med pasienter som misbruker opioider.

Sykepleiers funksjon er i følge Henderson å hjelpe mennesket med å dekke sine grunnleggende behov, noe som det ville gjort selv hvis det ikke var for sykdom. Sykepleien som gis skal ha som mål å gjøre pasienten så selvstendig som mulig så raskt som mulig (Henderson, 2012). Målet med sykepleie nås ifølge Travelbee ved å etablere et medmenneskelig forhold (1999). Ved hjelp av et medmenneskelig forhold kan sykepleier imøtekomme den som er syk. Det er sykepleier sitt ansvar å opprette og opprettholde et slikt forhold men, kan ikke gjøre det alene. Og ikke ha tillit til en pasient med akutt smerte som misbruker opioider er et dårlig utgangspunkt for å bygge opp en relasjon som er grunnlaget for å kunne yte god sykepleie. Dessverre viser en norsk studier at sykepleiere og andre helsepersonell har fordommer og liten tillit til pasienter som har et rusmisbruk (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012) (Thommesen, 2012) I studien til Morgan (2006) sier opioidemisbrukere at de ofte blir møtt med manglende tillit og respekt fra sykepleier.

Vårt menneskesyn som beskrevet tidligere i oppgaven at alle mennesker er unike og like mye verdt. For oss betyr det at sykepleier ikke skal se på pasienter som misbruker opioider som annenrangs borgere. I møte med pasienter kategoriserer sykepleier pasienten for å skape et

bilde av situasjonen (Kirkevold, 2012). Denne kategoriseringen danner holdninger som sykepleier tar med seg videre i behandlingen av pasienter med akutt smerte og opioidemisbruk. Holdningene våre viser seg verbalt og non verbalt i møte med pasienten og andre helsepersonell. Som vi vet er misbruk et ord som vekker bestemte holdninger hos både privatpersoner og sykepleiere. Ordet misbruk fører til at vi kategoriserer mennesker og ”setter dem i bås” (Fekjær, 2009). Misbruk er et negativt ladet ord som sykepleier kan forbinde med et misbrukspotensial ved innleggelse i sykehus. Holdningene kan oppstå allerede når sykepleier får rapport før hun har møtt pasienten med opioidemisbruk. Holdninger kan hindre sykepleier fra å observere pasienten bak misbruket. Sykepleiers observasjoner og vurderinger av pasienter med opioidemisbruk og akutt smerte kan bli kritisk dømmende. Dette kan ses på som stigmatisering av pasienten og er ifølge studien til Morgan (2006) noe som pasienter som misbruker opioider opplever i møte med helsetjenesten. I og med at sykepleiers holdninger kommer til syne både verbalt og non verbalt oppfatter pasienten dette fort selv om sykepleier kanskje er bevisst på å skjule holdningene sine, noe funn i studien til Morgan støtter opp om. Holdningene kan føre til at pasienten ikke føler seg respektert og sett som et helt menneske. Dette kan gjøre en allerede sårbar pasient utrygg i behandlingssituasjonen. Noe vi ser at, sett i sammenheng med sykepleiers indre moral og verdigrunnlag, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og menneskerettighetene blir umoralsk og uetisk (Norsk sykepleierforbund, 2011) (United Nations Human Rights, 1948).

Tillit har vi beskrevet tidligere som essensielt i all menneskelig samvær og nødvendig for at mennesker skal forholde seg til hverandre. Pasienter som har akutt smerte og misbruker opioider bør ha tillit til sykepleier for å føle seg trygg og ivaretatt. Dersom pasienten og sykepleieren ikke oppnår tillit, vil pasienten tvile på helsehjelpen. Noe som kan føre til at pasienten ruser seg (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Vi ser at det kan være en svært stressende tilstand for pasienten, og særlig en pasient med akutt smerte som i tillegg har risiko for å få abstinenser. Tillit er ikke en avtale eller en kontrakt som kan brytes, men en grunnleggende verdi mellom mennesker (Lillestø, 2010). Tillit er altså ikke noe som kan fastslås i lover. Føler pasienten trygghet i møte med helsevesenet skaper det grunnlaget for autonomi hos pasienten (Slettebø, 2009). Når sykepleier viser tillit opplever kanskje pasienten at sykepleier er ærlig, dyktig og trygg. Vi tror at dette gir mulighet for sykepleier å komme pasienten nærmere å bli kjent med pasienten bak de akutte smertene og opioidemisbruket. Noe som kan gi større mulighet for at sykepleier skal lykkes i behandlingssituasjonen.

Travelbee sier i sin teori at menneske er et enestående, uerstattelig individ som eksisterer kun en gang i verden. Et menneske er lik men samtidig ulik alle andre mennesker (Travelbee, 1999). Med dette tror vi Travelbee mener at vi ikke kan standardisere mennesker. Det betyr i forhold til vår problemstilling at vi ikke kan ha fordommer og manglende tiltro til en pasient fordi vi vet at pasienten misbruker opioider. En pasient som misbruker opioider er mer enn bare enn misbruker. Vi mener at sykepleier må godta pasientens unike liv og historie. Med det mener vi nødvendigvis ikke at sykepleier skal erkjenne opioidemisbruk, men godta og respektere pasienten.

En pasient med opioidemisbruk som blir innlagt i somatisk sykehus og har behov for smertelindring er avhengig av den hjelpen sykepleier yter. Sykepleier innehar derfor en type makt over pasienten i og med at hun har kunnskapene og muligheten til å hjelpe pasienten med å lindre akutt smerte. Hvis sykepleier er mistroisk til pasienten vil sykepleien som gis være halvhjertet, og behandlingssituasjonen kan bli anspent. Pasienten må i mange tilfeller likevel holde ut oppholde fordi han er avhengig av å lindre og behandle akutt smerte. Opioidemisbrukere som ikke føler seg respekter og ivaretatt av sykepleier kan oppføre seg truende, - søke alternative løsninger for å oppnå smertelindring eller skrive seg ut på eget ansvar fra sykehuset (Morgan, 2006). Sykepleien som gis blir derfor ikke effektiv i forhold til å gjøre pasienten så selvstendig som mulig så raskt som mulig, noe Henderson (2012) mener er grunnlaget for god sykepleie. Hvis pasienten skriver seg ut av sykehuset på eget ansvar kan det bety at diagnosen som skulle behandles ikke ble ferdig behandlet. Vi ser at det på sikt kan føre til økt sykelig- og dødelighet når sykdomsdiagnoser ikke blir behandlet.

En norsk studie viser at når sykepleier har negative holdninger mot rusmisbrukere fører det til et dårlig behandlingsforløp (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Det betyr at dette også gjelder pasienter med opioidemisbruk. At sykepleier innehar negative holdninger til pasienter med opioidemisbruk mener vi fører til uetisk yrkesutøvelse. Pasientens autonomi blir ikke ivaretatt fordi sykepleier ikke har tiltro til det pasienten uttrykker. Vi ser da at sykepleier ikke utøver sykepleie i samsvar med pasientens ønsker og behov. Kan sykepleier ha ulike holdninger og tillit til pasienter som misbruker opioider avhengig av hvor preget de er av misbruket? Er det forskjell på opioidemisbrukere i forhold til om de misbruker bare legemidler eller heroin? Dette er spørsmål vi stiller oss undrende til men ikke belyser videre i denne oppgaven.

Sykepleier innehar kanskje erfaringer som tilsier at helsepersonell ikke kan ha tillit til pasienter med opioide misbruk? Vi finner ingen funn i studier som tyder på at sykepleier ikke kan ha tillit til disse pasientene. Studien til Morgan (2006) viser at pasienter med opioidemisbruk kan rus seg ved innleggelse i sykehus eller være aggressive. Samtidig finner vi studier og litteratur som sier at dette ikke foregår eller kan forebygges når sykepleier viser pasienten respekt og ivaretar pasientens grunnleggende behov (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Ruspasientene selv sier også at det som er viktigst for dem er å møte gjensidig respekt og tatt på alvor av sykepleier (Morgan, 2006). Vi tolker det som at hvis sykepleiere tar pasienten med opioidemisbruk på alvor, viser respekt og tillit, vil ikke problemet med uønsket rus i sykehus være et like aktuelt. Vi forstår at tilfeller likevel kan forekomme og at sykepleier må være observant, men det skal ikke danne grunnlaget for holdninger sykepleier har til pasienter med opioidemisbruk. Vi forstår at møte med pasienter som misbruker opioider kan være utfordrende. Vi har selv erfart i praksis at de første møtene med disse pasientene gjorde oss redde. Når vi reflekter over dette ser vi at redselen skyldes uvisshet, mangel på kunnskap og en ”innlært” holdning om at mennesker som ruser seg er farlig. Praksis har etter hvert gitt oss muligheten til å bli kjent med mennesket bak misbruket, noe som har gjort at vi har blitt mer trygg i møte med pasienter med opioidemisbruk. Vi tror at for å være en god sykepleier er det viktig å tørre å møte pasienten som misbruker opioider med tillit.

6.2 Hvordan påvirker tillit sykepleiers observasjoner og vurderinger.

Vi har i praksisfeltet erfart at sykepleier observerer akutt smerte basert på pasienten med opioidemisbruk sin egen smertefor midling. Likevel ender sykepleier opp med å vurdere intensiteten av akutt smerte til å være mindre enn det pasienten uttrykker. Kan årsaken være at sykepleier ikke har tillit til pasienter med opioidemisbruk? Det viser seg gjennom studier at en av årsakene til at sykepleier ikke gir pasienter adekvat smertelindring er fordi sykepleier betviler pasientens smertefor midling. (McCaffery & Beebe, 1996) (Cook, Sefcik, & Stetina, 2004). En studie viser at sykepleier mangler generell kunnskap om smerte, observasjon og vurdering (McNamara, Harmon, & Saunders, 2012). Pasienter med opioide misbruk er en sårbar gruppe. Rusmisbrukere blir ofte møtt med fordommer, motvilje og krenkelse (Thommesen, 2012). En norsk studie viser at en del sykepleiere har mistillit til

opioidmisbrukere som er innlagt i sykehus og har behov for smertelindring. Bare en fjerdedel av sykepleierne trodde på pasientens smerteforbidling (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Vi mener at funn i litteraturen undergraver pasientens troverdighet og viser at det eksisterer manglende tillit hos sykepleier i møte med pasienter som misbruker opioider. Vi ønsker å se nærmere på hvordan tillit, eller mangel på tillit påvirker sykepleiers observasjoner og vurderinger i møtet med pasienter som har akutt smerte og misbruker opioider.

Observasjon og vurdering av akutt smerte som sykepleier utfører kan som nevnt tidligere baseres på pasienten med opioidmisbruk egen smerteforbidling eller kliniske observasjoner. Vi ønsker her å belyse noen utvalgte eksempler på observasjoner, - og hvordan tillit eller mangel på tillit påvirker sykepleiers vurdering av det som observeres.

”Pasienten med opioidmisbruk og akutt smerte ytrer ønske om mer opioideanalgetika da pasienten ikke føler seg godt nok smertelindret. Ved hjelp av et endimensjonalt smertekartleggingsverktøy viser pasienten at smertene er intense”.

Vi har tidligere i oppgaven nevnt at McCaffery og Beebe (1996) mener at *”Pasienten har smerte når den sier at den har smerte, og smerten er slik pasienten beskriver den”*. Likevel har vi i praksis sett at sykepleiers vurderinger av akutt smerte ikke står i samsvar med pasienten med opioidmisbruks smerteforbidling. En svensk studie viser at sykepleier kan vurdere pasientens smerte til å være mindre intense enn hva pasienten gir uttrykk for (Bergh & Sjoström, 2007), noe vi ser kan føre til dårlig smertelindring. Relatert til vår problemstilling tror vi at sykepleier kan undervurdere pasienten smerteforbidling pga mangel på tillit til pasienter som misbruker opioider. Årsaken kan være at sykepleier tror at pasienten som misbruker opioider utnytter muligheten til og ruse seg. En norsk studie viser at flere sykepleiere synes opioidmisbrukere ser ruset ut når de kommer inn på sykehuset (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Vi tror at dette kan føre til at pasienter som misbruker opioider og har akutt smerte får mindre opioider som smertestillende fordi sykepleier er redd pasienten blir mer ruset. Vil pasienten med opioidmisbruk gå gjennom en sykehusinnleggelse bare for å innta opioider, - noe som pasienten kan få tak i andre steder?

Kunnskap viser at opioidmisbruk ofte skyldes psykisk avhengighet (Fekjær, 2009). En psykisk årsak til at en pasient velger og ruse seg kan være sosial angst, noe som kan forverres ved en sykehusinnleggelse. Pasienten kan også ha angst for å få abstinenser eller sterk akutt

smerte, noe som kan føre til at pasienten spør etter mer opioide analgetika. Dersom sykepleier oppnår en relasjon basert på tillit, vil pasienten kanskje føle seg trygg på at sykepleier ivaretar pasientens behov. Forskningen til Baldacchino, Gilchrist, Flemming og Bannister viser at sannsynligheten for opioidemisbruk under sykehusinnleggelsen er mindre når pasienten møter respekt og tillit fra sykepleier (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012).

Sykepleier kan basere vurderinger av akutt smerte på tidligere erfaringer. Et eksempel på dette kan være at sykepleier har erfart at en diagnose ofte fører til en type smerteintensitet.

Sykepleier har kanskje erfart at en bestemt dose opioide analgetika vil gi adekvat smertelindring til denne diagnosen. Når pasienten som misbruker opioder har akutt smerte og ikke oppfyller kravene til de tidligere erfaringene, kan sykepleier mistenke at pasienten prøver og ruse seg? Alle pasienter har ulik smerteterskel (Stubhaug & Ljoås, 2008), også pasienter med opioidemisbruk. Tidligere i oppgaven har vi også nevnt at pasienter som misbruker opioder kan ha økt sensitivitet mot smerter. Det vil si at noe sykepleier kan føle som et ubehag kan for pasienten som misbruker opioder føle som sterk smerte. Igjen ser vi at det er viktig og ha kunnskap om opioidemisbruk, lytte, - og ha tillit til pasientens smerteforbidling for å gjøre gode observasjoner og vurderinger. Vi ser også at pasientens behov for mer opioide analgetika kan skyldes utrygghet i behandlingssituasjon.

”Pasienten med opioidemisbruk uttrykker akutt, sterk smerte og behov for smertelindring. Pasienten ringer på alarmen hyppig og forlanger bestemt å få opioide analgetika. Sykepleier observerer at pasienten er kaldsvett, irritabel og urolig”

Gjennom kunnskap beskrevet i oppgaven ser vi at pasienten med opioidemisbruk i dette eksemplet kan ha symptomer på abstinenser. Samtidig vet vi at akutt smerte hos opioidemisbrukere kan forveksles med abstinenser. Pasienten kan ha akutt smerte og abstinenser samtidig. Ved mangel på tillit og kunnskap om opioidemisbruk kan observasjoner mistolkes av sykepleier (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012). Som vi har skrevet tidligere i oppgaven bruker opioidemisbrukere ofte mye tid og forhandlinger på å skaffe seg nødvendige rusmidler. Når behov for smertelindring oppstår vil det være naturlig for pasienter som misbruker opioder å oppføre seg på samme måte. Denne adferden kan føre til at sykepleier mistenker pasienten for å være ute etter og ruse seg. Pasientens spesifikke ønske om opioide analgetika kan mistolkes av sykepleier som russøkende adferd. Sykepleier som arbeider med pasienter som er opioidemisbrukere må være klar over at pasientene kan mene at opioder er

det eneste som fungerer ved behandling av smerter (Bell, et al., 2009). I en studie sier rusmisbrukere at det de er misfornøyd med at sykepleiere ikke lytter til deres ønsker om valg av analgetika, dose, administrasjonsmåte og doserings- hyppigheten (Blay, Glover, Bothe, Lee, & Lamont, 2012). Vi ser at pasientens ønske om opioide analgetika ikke trenger å være ensbetydende med russøkende adferd. Sykepleier kan vurdere det at pasienten er irritert og hyppig forlanger opioide analgetika som russøkende adferd. Vi ser at dersom sykepleier likevel har tillit til pasienten i et slikt tilfelle, - og tørr å gi tilstrekkelig opioide analgetika kan tilstanden vise seg å være pseudoavhengighet som følge av for dårlig smertelindring. I praksis har vi observert at sykepleiere er tilbakeholden med å gi opioider til pasienter med opioidemisbruk fordi de føler at de er med og ”legalisere” misbruket. Studien til Li, Andenæs, Undall og Nåden (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2012) viser det samme som vi har observert. Sykepleier må skille mellom opioider brukt som rusmidler og opioider brukt som legemidler i behandling av akutt smerte og abstinenser (Skoglund & Biong, 2012). Gjennom kunnskap ser vi at det er naturlig at en pasient som misbruker opioider må få større doser opioider når han har smerter for å oppnå adekvat smertelindring. Vi forstår at behovet ikke må ses på som misbruk da det er en fysiologisk reaksjon i kroppen som følge av toleranse utvikling. Sykepleier kan samtidig ikke gi for høye doser med opioider da det kan føre til økt toleranse om dermed forverre misbruket (Kongsgaard, Bell, & Breivik, 2005). Vi ser at behandling av akutt smerte hos pasienter som misbruker opioider kan være utfordrende fordi det krever at sykepleier innehar mye kunnskaper og kompetanse om pasientgruppen. Vi ser også at hvis sykepleier har denne kompetanse og kunnskapen har hun kanskje større tillit til pasienten og tørr derfor å sette i gang riktig behandling fordi det er utført gode observasjoner og vurderinger. God observasjon og vurdering er en måte for å oppnå adekvat smertelindring (McCaffery & Beebe, 1996) (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008).

Vi har tidligere i oppgaven skrevet at sykepleier kan har makt ovenfor en pasient med opioidemisbruk som har akutt smerte, pga at sykepleier tilbyr en tjeneste pasienten er avhengig av i en sårbar situasjon. Mangel på empati ovenfor pasienten i denne situasjonen kan føre til at makt misbrukes og pasientens menneskeverd krenkes. Dette ser vi er i strid med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011), Helsepersonelloven (Lovdata, 1999), pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 1999), og FNs menneskerettigheter (United Nations Human Rights, 1948). Vi vil også påpeke at den makten sykepleier har ikke skal misbrukes da det er moralsk uetisk. Vi mener at dette bør være en personlig verdi og egenskap hos sykepleier, ikke noe som bare er tillært gjennom lov.

”Pasienten med opioidemisbruk gir uttrykk for sterke smerter og behov for smertestillende selv om det ikke er lenge siden han fikk siste dose. Sykepleier observerer ingen kliniske symptomer på at pasienten har smerter. Pasientens blodtrykk, hjerterefrekvens, respirasjon, temperatur og andre funn er normale. I tillegg har pasienten en avslappet holdning og sykepleier observerte nettopp pasienten le sammen med noen andre pasienter i sykehusgangen...”

Dette er en situasjon vi ser kan gjøre sykepleier usikker pga kombinasjonen av pasientens eget utsagn om sterk smerte, - samtidig som sykepleier ikke observerer kliniske symptomer på sterk smerte. Tidligere i oppgaven har vi skrevet at autonome kliniske symptomer på akutt smerte kan avta etter hvert. Hvis sykepleier ikke har denne kunnskapen kan pasienten med opioidemisbruk mistenkes for å lyve om sitt behov. I denne situasjonen er sykepleier avhengig av å vurdere akutt smerte og behovet for smertelindring ut fra pasientens smerteformidling. Flere rusmisbrukere mener at sykepleier og andre helsepersonell ofte tolker smerte lavere enn pasienten selv (Blay, Glover, Bothe, Lee, & Lamont, 2012) (Morgan, 2006). En svensk studie viser også at sykepleiere kan tolke smerte og smertebegreper ulikt (Bergh & Sjoström, 2007). Dette viser at sykepleier legger stor vekt på sin egne tolkning av pasientens smerteformidling. Hvis sykepleier i tilfellet beskrevet over legger stor vekt på egne observasjoner og vurderinger av akutt smerte ser vi at de ikke vil samsvare med pasientens behov. Mistillit til en pasients opplevelse av akutt smerte kan av pasienten oppleves verre enn smertene i seg selv (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011). Det er derfor viktig at sykepleier har tillit til pasientens egen opplevelse av akutt smerte. Travelbee påpeker i sin teori at pasientens opplevelse av sykdom er viktigere enn standardiserte diagnoser og behandlingsopplegg. Det er pasientens opplevelse som legger grunnlaget for sykepleie og sykepleieprosessen (Travelbee, 1999).

”Pasienten med opioidemisbruk sier at han har vondt og lurte på om sykepleier har noe som hjelper mot det...”

Hvordan pasienten ordlegger seg kan ha betydning for hvordan sykepleier observerer og vurderer pasientens behov. I mange tilfeller vil pasientens smertebegreper avvike fra sykepleiers fagspråk, noe som kan føre til misforståelser og dermed føre til mistillit. Sykepleiere seg imellom kan også tolke begreper for akutt smerte ulikt (Bergh & Sjoström,

2007). Vi ser et behov for at sykepleier gir pasienter med opioidemisbruk informasjon og kunnskap slik at de kan formidle smerte best mulig og gjøre seg forstått. Samtidig vet vi at lang tids opioidemisbruk kan føre til nedsatte kognitive evner. Akutt smerte og abstinenser kan også påvirke pasientens kognitive evner. Vi stiller oss derfor undrende til om pasienten med opioidemisbruk ved hjelp av tilrettelegging fra sykepleier klarer å formidle smerter på en god nok måte slik at pasienten påvirker avgjørelser i egen behandling? Og, vil pasienten kunne formidle sin opplevelse på en slik måte at den oppfattes adekvat for sykepleier? Vi mener likevel at sykepleier skal ha tillit til pasienten selv om smerteformidlingen ikke oppfattes adekvat. Mangel på tillit hos sykepleier kan komme til syne gjennom kroppsholdning, kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Sykepleier kan for eksempel skape mistillit hos pasienten, hvis kroppsspråket viser liten tillit til det pasienten med opioidemisbruk formidler. Pasienten kan da tenke at sykepleier har fordommer mot opioidemisbrukere, og samarbeidet med sykepleier blir dårlig, noe som gjør det vanskelig for sykepleier å utføre gode observasjoner og vurderinger. Rusmisbrukere i studien til Morgan (2006) sier at de oppfatter raskt om de blir møtt med tillit og respekt fra sykepleier.

Hvordan sykepleier observerer og vurderer akutt smerte hos pasienter som misbruker opioider har betydning for pasientens behandlingsforløp og om pasienten blir adekvat smertelindret. Tillit ser vi tydelig er en faktor som kan påvirke sykepleiers observasjoner og vurderinger. Vi ser også at holdninger og kunnskaper sykepleier har om opioidemisbruk og akutt smerte er viktig. En pasient med opioidemisbruk som ikke føler seg trygg og ivaretatt pga manglende smertelindring og forebygging av abstinenser vil kanskje skrive seg ut på eget ansvar for å gjøre noe med problemet selv?

Mangel på tillit kan føre til at sykepleier utfører dårlige observasjoner og vurderinger av akutt smerte hos pasienter med opioidemisbruk. Observasjoner og vurderinger sykepleier utfører, er en del av sykepleieprosessen, og påvirker dermed om pasientens behandlingsforløp blir vellykket. Som nevnt tidligere er en av sykepleiers funksjoner og lindre- og behandle akutt smerte. Sykepleier er selv ansvarlig for å utføre observasjoner og vurderinger som er faglig- og etisk forsvarlig. Vi ser det er viktig at sykepleier observerer og vurderer pasienten med opioidemisbruk sin smerteformidling med tillit. Som påpekt flere ganger i oppgaven er det pasienten selv som subjektivt vet hvordan smertene arter seg. Vi mener at sykepleier må vise ydmykhet ovenfor dette og i stede ha tillit til pasienten med opioidemisbruks smerteformidling.

7 Konklusjon

Per du lyver! Nei, jeg gjør ei! Vår overskrift på oppgaven samt erfaring fra praksisfeltet om at flere sykepleiere ikke har tillit til pasienter som misbrukte opioider, støttes opp av flere studier. Vi ser gjennom oppgaven at tillit eller mangel på tillit hos sykepleier påvirker observasjoner og vurderinger, som gjøres av pasienten som misbruker opioider og har akutt smerte. Mangel på tillit kan føre til at sykepleier observerer og vurderer basert på personlige holdninger og erfaringer, i stedet for fagkunnskap. Mangel på tillit kan føre til at sykepleier ikke ser mennesket bak opioidemisbruket, - eller mennesket i sin helhet. Sykepleier som ikke ser mennesket i sin helhet kan mangle empati og evnen til å observere og vurdere pasientens behov. Vi ser at dette kan gjøre sykepleieutøvelsen etisk- og faglig uforsvarlig. Mangelfull observasjon og vurdering kan føre til at pasienten med opioidemisbruk og akutt smerte ikke blir adekvat smertelindret, - og i verste fall feilbehandlet. Vi vil derfor påstå at tillit er en viktig faktor i forhold til å utføre gode observasjoner og vurderinger i en behandlingssituasjon av alle pasientgrupper, - også pasienter med opioidemisbruk.

Vi har gjennom praksiserfaring og oppgaveskrivning sett at sykepleier kan mangle tillit til pasienter med opioidemisbruk, på grunnlag av at det har forekommet rusmisbruk i behandlingssituasjon. Vi tror at hendelser med uønsket rusmisbruk i behandlingssituasjon kan skyldes blant annet manglende tillit fra sykepleier i utgangspunktet. Mangel på tillit kan føre til at pasienter med opioidemisbruk og akutt smerte, ikke føler seg trygge på at sykepleier ivaretar deres behov. Pasienten med opioidemisbruk tyr da kanskje til rus for å håndtere behandlingssituasjonen? Vi ser at dette er en gruppe pasienter som har sammensatte behov, - og at det er behov for kunnskap og kompetanse hos sykepleier for å gjøre gode observasjoner og vurderinger. Økt kompetanse og kunnskap hos sykepleier kan være en måte å sikre opioidemisbrukere lik, - og rettferdig behandling.

Vi tror at nøkkelen i å vise tillit til pasienter med opioidemisbruk er å se pasienten bak misbruket. Sykepleier bør møte pasienten der den er, - å være genuint interessert, - samt profesjonell i yrkesutøvelsen som sykepleier. Tillit og trygghet er et grunnleggende behov hos alle mennesker. I en krevende behandlingssituasjon er det viktig at fokus på trygghet og tillit står sentralt. Vi ser at dette kan være med på å sette riktig fokus for pasienten i behandlingen.

Målet må være at pasienten med opioidmisbruk skal sitte igjen med en god opplevelse, - og har tillit til at sykepleier ivaretar pasienten selv i en akutt situasjon.

8 Bibliografi

- *Bell, K., & Salmon, A. (2009). Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for "nice" people? *International Journal of Drug Policy* (20).
- * Bell, R. F., Bjørnar, T., Forseth, K. Ø., Henrichsen, T., Jørum, E., Ellingsen, J. M., et al. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet Februar 12, 2013 fra Den norske legeforening: <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enhet/OPIN/Smerteavdeling/Retningslinjer%20for%20smertelindring.pdf>
- *Bergh, I., & Sjoström, B. (2007). Quantification of the pain terms hurt, ache and pain among nursing students. *Scandinavian journal of caring science* (2).
- *Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer- en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp: Til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- *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).
- *Cook, L., Sefcik, E., & Stetina, P. (2004). Pain management in the addicted population: A case study comparison of prescriptive practise. *Journal of Addictions Nursin* , 15 (1).
- *D`arcy, Y. (2007). Managing pain in a patient whos drug dependent. *Nursing* , 37 (3).
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Fekjær, H. O. (2009). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (3. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Folkehelseinstituttet. (2012, Januar 16). *Heroin, morfin - fakta om opioider*. Hentet Februar 12, 2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:51039::1:5647:29:::0:0
- *Grimen, H. (2001, Desember 10). *Tillit og makt – tre samanhengar*. Hentet Februar 22, 2013 fra Tidsskrift for den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/article/464592>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Rusmidler i Norge*. Hentet Februar 4, 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/rusmidler-i-norge.html?id=439352>

*Henderson, V. (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper* (7. utgave. utg.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt- Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

International council of nurses. (1999). *ICNs etiske regler for sykepleiere*. Hentet Mars 7, 2013 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113949/ICNs%20ETISKE%20REGLER%20FOR%20SYKEPLEIERE.pdf>

*Kirkevold, M. (2012). *Sygeplejeteorier: Analyse og evaluering* (2. utgave. utg.). København: Munksgaard.

*Kongsgaard, U. E., Bell, R. F., & Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidebehandling. *Tidsskrift for den norske lægeforening* (20).

*Kristoffersen, N. J. (2005). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Gunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Kronholm, K. (2012). Avrusning. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012). <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/1011915/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>. Hentet Februar 19, 2013 fra sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/1011915/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>

Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utgave. utg.). Oslo, Akribe AS.

Lovdata. (1999, Juli 2). *Lov om helsepersonell*. Hentet Mars 4, 2013

Lovdata. (1999, Juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet Mars 4, 2013

*McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*McNamara, M. C., Harmon, D., & Saunders, J. (2012). Effect og education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing* , Vol 21, No 16.

Mikkelsen, J., & Hage, I. (2007). Prosesskunnskap i sykepleie. I T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie* (3. utgave. utg.). Oslo: Akribe AS.

*Morgan, B. D. (2006). Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers strategies for obtaining pain relief. *Pain Management Nursing* , 7 (1), 31-41.

* Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp: Til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Norsk sykepleierforbund. (2011, November). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet Februar 4, 2013 fra Norsk sykepleierforbund:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Oxford university. (2011). *Oxford handbook of pain management*. (P. Brook, J. Connell, & T. Pickering, Red.) Oxford: Oxford university press.

Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad, & B. K. Nielsen (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utgave. utg.). Oslo: Akribe AS.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2007). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.

* Sinatra, R. (2010). Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine* (11).

* Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleier fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling. *Sykepleien forskning* , 7 (4), 380-387.

*Skeie, I. (2012). The needle and the damage done- somatisk sykkelighet blant opioideavhengige. *Utposten* (5), 15-17.

*Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp: Til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

*Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioideavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp: Til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Slørdal, L. (2007). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2007). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (ss. 399-408). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2006). *Psykiatri: Kunnskap- forståelse- utfordringer* (2. utgave. utg.). Oslo: Akribe.

*Stubhaug, A., & Ljøås, T. M. (2008). Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling. I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv: Med psykiske- og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Sykepleieklassikere.

*United Nations Human Rights. (1948, Desember 10). *Universal Declaration of Human Rights*. Hentet Februar 20, 2013 fra <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=nrr>

*World Health Organization. (2012). *Abuse (drug, alcohol, chemical, substance or psychoactive substance)*. Hentet Februar 1, 2013 fra World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/en/