

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Renate S. Johansen og Nina Kravdal

Bacheloroppgave

Smertelindring til pasienter med opioidavhengighet

Pain management to patients with opioid dependence

Bachelor i sykepleie, BASY 2015

2018

Veileder: Marit Bye

Antall ord: 13 089

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Smerter er den vanligste årsaken til å oppsøke helsehjelp. Bruk av opioider er svært avhengighetskapende og i tillegg øker risikoen for somatiske komplikasjoner ved langvarig bruk av opioider. Dermed er det en sannsynlighet for at sykepleier vil møte opioidavhengige i løpet av sin yrkeskarriere.

Hensikt: Vi ønsker å belyse hvordan kunnskaper og holdninger påvirker smertelindring til opioidavhengige.

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleier påvirke smertelindring til opioidavhengige?

Metode: For å besvare problemstillingen benyttes litteraturstudie som metode. Litteraturstudie innebærer at man ser på eksisterende kunnskap, til dette benyttes pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og relevant forskning. I tillegg trekkes praksiserfaring trekkes inn.

Resultat: I dag er det bedre holdninger til opioidavhengige enn tidligere, men fremdeles finnes det en del negative holdninger blant sykepleiere. I tillegg møter vi en rekke fysiologiske utfordringer ved smertelindring til opioidavhengige. Sykepleiere føler de trenger mer kunnskap og kompetanse for å ivareta denne pasientgruppen.

Konklusjon: Med mer kunnskap og bedre holdninger kan sykepleiere være mer på å sikre en bedre smertelindring til opioidavhengige. Ved å møte pasienten med respekt og åpenhet skapes tillit som resulterer i et bedre samarbeid mellom pasient og sykepleier.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	2
1. INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMÅ.....	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.3 OPPGAVENS BEGRENSNINGER.....	6
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	7
2. TEORI.....	8
2.1 SYKEPLEIETEORI.....	8
2.1.1 <i>Joyce Travelbee</i>	8
2.1.2 <i>Menneske-till-menneske-forholdet</i>	9
2.2 SMERTER OG SMERTELINDRING.....	11
2.3 OPIOIDAVHENGIGHET.....	13
2.4 HOLDNINGER.....	14
2.4.1 <i>Stigmatisering</i>	15
3. METODE.....	16
3.1 HVA ER METODE?.....	16
3.1.1 <i>Kvalitativ- og kvantitativmetode</i>	16
3.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE.....	17
3.3 VALG AV LITTERATUR.....	17
3.4 LITTERATURSØK.....	17
3.5 KILDEKRITIKK.....	18
3.6 ETISKE VURDERING.....	20
4. RESULTAT.....	21

4.1	PRESENTASJON AV ARTIKLER.....	21
5.	DRØFTING.....	26
5.1	KUNNSKAPER OM OPIOIDAVHENGIGHET.....	26
5.1.1	<i>Utfordringer med smertelindring og sykepleiers rolle.....</i>	<i>27</i>
5.1.2	<i>Kunnskap og kompetanse.....</i>	<i>30</i>
5.2	HOLDNINGER TIL OPIOIDAVHENGIGE OG MENNESKETIL-MENNESKE-FORHOLDET	32
5.2.1	<i>Holdninger og konsekvenser.....</i>	<i>32</i>
5.2.2	<i>Faktorer som påvirker vår oppfattelse av pasienten.....</i>	<i>33</i>
5.3	ANDRE FAKTORER SOM KAN PÅVIRKER BEHANDLINGEN.....	37
5.3.1	<i>Tidspress og ytre faktorer.....</i>	<i>37</i>
5.3.2	<i>Hvordan sikre adekvat smertelindring.....</i>	<i>38</i>
6.	KONKLUSJON.....	40
	LITTERATURLISTE.....	42
	VEDLEGG 1.....	45
	VEDLEGG 2.....	46
	VEDLEGG 3.....	47

1. Innledning

Da vi skulle finne tema for denne bacheloroppgaven ønsket vi et tema som vi begge var interessert i, som det ikke var skrevet for mange oppgaver om tidligere og med gode muligheter til å finne forskning. Valget falt til slutt på opioidavhengige med smerter og hvordan sykepleiere kan bidra til tilstrekkelig smertelindring hos denne pasientgruppen. Erfaringer fra praksis og jobb er også en motivasjon for valg av tema.

I dag har vi mye kunnskap om effektiv smertelindring og ulike metoder for å smertelindre. Kvaliteten på behandlingen er økt betraktelig de siste 20-30 årene, men fremdeles er en rekke alvorlige smertetilstander underbehandlet. 50 % av de voksne som oppsøker lege, gjør det grunnet smerter. Noe som gjør smerter til den vanligste årsaken til å oppsøke helsehjelp (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 381).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har vært vanskelig å finne tall på hvor utbredt opioidavhengighet er i Norge, da det meste av statistikk også omfatter alkohol og andre rusmidler. Helse- og omsorgsdepartementet sier derimot noe om hvor utbredt problematikken er. Trekker man ut tallene på kun heroinmisbruk anslås det en brukergruppe på mellom 10 000 -18 000 mennesker. På generell bruk av narkotiske stoffer oppgir mellom 78 000-120 000 menn og 42 000-73 000 kvinner i alderen 15-79 år at de har brukt et narkotisk stoff i løpet av det siste året. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, kapittel 2.1.3).

Bruk av opioider er svært avhengighetskapende og i tillegg er risikoen for overdose høyere enn ved andre rusmidler. Risikoen for psykiske lidelser, økonomiske problemer, sosiale problemer og somatiske komplikasjoner øker ved langvarig bruk av opioider (Folkehelseinstituttet [FHI], 2014a). Det tyder til at denne gruppen mennesker er mer utsatt for helseproblemer enn den generelle befolkningen, og vi ser det derfor som naturlig at vi som sykepleiere vil møte på denne gruppe mennesker, uansett hvor vi jobber.

Gjennom vår utdanning har vi vært i praksis både i somatikk og psykiatri. I somatikken hadde vi et større fokus på det fysiologiske mens i psykiatri var fokuset mer på relasjoner

mellom sykepleier og pasient. Vi ønsker derfor å se på hvordan vi som sykepleiere skal ivareta pasienten når både smerter og rusavhengighet er tilstede. Vi har gjort oss noen tanker rundt denne tematikken gjennom praksis som gjør at vi tror at det finnes noen utfordringer rundt smertelindring til opioidavhengige. Dermed ønsker vi å se på om våre opplevelser er i sammenheng med litteratur og eksisterende forskning.

Vi tar for oss smertelindring og opioidavhengighet, men sett i fra et sykepleiefaglig perspektiv tror vi at mye i denne oppgaven har overføringsverdi i arbeidet med rusavhengige i mange ulike situasjoner i helsevesenet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi har kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleier påvirke smertelindring til opioidavhengige?

1.3 Oppgavens begrensninger

Grunnet oppgavens lengde og tidsperiode ser vi oss nødt til å sette noen begrensninger for tematikken som skal drøftes. Oppgaven begrenses til pasienter med et ulovlig rusmisbruk, dette omfatter mange rusmidler og velger derfor å begrense oss til opioidavhengige. Videre tar vi kun for oss akutte smerte og pasienter innlagt i somatisk sykehus. Innenfor smertelindring inkluderes sykepleiers rolle og en del faktorer som bør være tilstede for å oppnå god smertelindring. Vi velger kun å ta for oss perioden pasienten har smerteproblematikk. Nedtrapping av smertestillende, videre henvisning som for eksempel LAR (Legemiddel assistert rehabilitering) og plan for utskrivelse ekskluderes derfor. Vi ønsker også å ta med sykepleiers holdninger da dette påvirker hvordan vi samhandler med pasienten. Det tas utgangspunkt i at pasienten er voksen, oppgående og kan gi uttrykk for sine behov.

1.4 Begrepsavklaring

Opioidavhengighet – er en form for et avhengighetssyndrom. «Dette er et syndrom av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand» (Direktoratet e-helse, 2017).

Holdninger – «Er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen, 2014, s.185).

Akutte smerter – Smerter som oppstår ved plutselig vevsskade, for eksempel kuttskader, brudd, bruddskader, fødsel eller kirurgi. Opphører når vevsskaden har leget og har en varighet på mindre enn tre måneder (Danielsen et al., 2016, s. 394).

1.5 Oppgavens oppbygning

Bachelor oppgaven består av 6 kapitler; innledning, teori, metode, resultat, drøfting og konklusjon. I kapittel 1 presenterer vi bakgrunn for valg av tema, problemstilling, begrensinger for oppgaven og begrepsavklaring. Kapittel 2 omhandler teorien vi har valgt til å besvare problemstillingen. Her tar vi for oss Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet, videre tar vi for oss smerter og smertelindring, hva opioidavhengighet er og avslutningsvis tar for oss holdninger og stigmatisering. Kapittel 3 er metodekapittelet, her tar vi for oss hva metode er, litteratursøk, kildekritikk og etisk vurdering. I kapittel 4 presenterer vi forskningen vi har funnet og som vi skal benytte oss av i drøftingen. Videre går vi over til drøftingen som er kapittel 5. Her skal vi se forskningen, teorien og praksiserfaringer i sammenheng for å besvare problemstillingen. Til slutt kommer konklusjonen i kapittel 6 hvor vi samler hovedfunnene fra drøftingen. For å referere til kildene som er brukt har vi benyttet APA-standard i tråd med retningslinjene til høgskolen.

2. Teori

I teorien vil vi presentere kort om sykepleieteori og mer utfyllende om Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forhold. Etter dette tar vi for oss hva smerte er og hvordan dette påvirker kroppen. Her under nevner vi kort om de ulike smertekartleggingsverktøyene og hva smertelindring er. Videre tar vi for oss opioidavhengighet, hva det er og hvordan langvarig rusmisbruk påvirker kroppen. Avslutningsvis ser vi på hva holdninger og stigmatisering er.

2.1 Sykepleieteori

Sykepleieteoriene skulle være med på å gi et svar til hva sykepleie egentlig var. Det var med på å klargjøre hvilket fokus og ansvarsområde sykepleieren skulle ha. Sykepleieteorien hadde sitt utspring i USA og fokuset har endret seg gjennom tidene ettersom samfunnet har utviklet seg (Kirkevold, 1998, s.15-20).

I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av Joyce Travelbees sykepleieteori. Vi vil fokusere på det mellommenneskelige forholdet og etableringen av menneske-til-menneske-forholdet. Vi mener at dette er viktige aspekter i møte med den opioidavhengige pasienten

2.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926 og var en amerikansk psykiatrisk sykepleier. I 1966 kom boken hennes «Interpersonal Aspects in Nursing». I denne boken skriver hun om sykepleie og at dette er en interaksjonsprosess der fokuset er relasjon mellom sykepleier og pasient. Hun var opptatt av å se enkeltindividet og det er her hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet har fått sitt utspring (Travelbee, 2001, s. 17).

Joyce Travelbee (2001) sier

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker (s. 29). Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene (s. 41)

Interaksjonen mellom sykepleier og pasient kalles ofte sykepleier-pasient-forholdet. Travelbee er derimot ikke begeistret for begrepene «sykepleier» eller «pasient», da hun mener dette setter oss i roller som hindrer oss i å nå helt inn til hverandre som individer. (Travelbee, 2001, s. 171). Vi velger likevel å bruke termene «sykepleier» og «pasienten» i vår utgreiing om hennes teori og ellers i oppgaven, grunnet praktiske kommunikasjjonshensyn.

2.1.2 Menneske-till-menneske-forholdet

Travelbee definerer menneske-til-menneske-forholdet slik:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien) får sine behov ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 177).

For å etablere menneske-til-menneske-forholdet må sykepleier og pasient gå igjennom fire faser. Disse fasene er det innledende møtet (1), framvekst av identiteter (2), empati (3), sympati og medfølelse (4). Etter å ha gått igjennom disse fasene har man etablert gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 211).

Det innledende møtet

Når man møtes for første gang vil man som menneske observere den andre og bygge antagelser og gjøre seg opp en mening om den andre. Det er dette vi kaller førsteinntrykk. Vi observerer den andre, «ser» tegn og våre holdninger legger til grunn for hva vi oppfatter. Våre tidligere opplevelser med mennesker som ligner denne pasienten vil også være med på å forme hvordan vi ser dette mennesket. Førsteinntrykket legger grunnlaget for hvordan interaksjonsmønsteret utvikler seg videre. Hvis en sykepleier møter en pasient med opioidavhengighet, men som har lite erfaring med opioidavhengige kan man lett basere sitt syn på dette mennesket gjennom hva man hører i media eller det man har lest. Det samme gjelder for pasienten. Førsteinntrykket kan justeres etter hvert som vi blir kjent med mennesket, og for å komme seg videre i menneske-til-menneske-forholdet er det viktig at man forsøker å se bort fra å være «pasient», «sykepleier» og «diagnose», men prøver å se hverandre som unike individer. Her må sykepleier jobbe aktivt for å få fremgang i forholdet,

og når man begynner å se hverandre som unike beveger man seg over i neste fase. (Travelbee, 2001, s 186-188).

Fremvekst av identiteter

I denne fasen begynner man å se hverandre mer som et unikt individ, og mindre som kategori. Det etableres en tilknytning mellom sykepleier og pasient. Det vesentlige i denne fasen er evne til å etablere tilknytning til andre og det å verdsette den andre som unik. Sykepleieren begynner i denne fasen å oppfatte hva pasienten føler, tenker og oppfatter i situasjonen, mens pasienten begynner å se sykepleier som en person og ikke som kategorien sykepleier (Travelbee, 2001, s.188-189).

Empatifasen

Empati er evnen til å sette seg inn i andres situasjon og ta del i den andres psykiske situasjon i øyeblikket. Det betyr at en evner å se forbi ytre adferd og istedenfor klare å fornemme den andres opplevelse. I denne fasen blir den enkelte oppfattet klarere og anerkjent som et unikt individ. Evnene til å føle empati baseres på hvilke likheter og erfaringer vi har med den vi møter, og evnen til å føle empati utvikler seg etter hvert som vi utvikler oss. Empati er derimot ikke noe som kommer av seg selv, og må jobbes med. Når empati først er oppnådd vil forholdet aldri være det samme igjen og det vil påvirke interaksjonsmønsteret. Empati krever en del tillit av begge, og hvordan vi forvalter den kunnskapen vi får fra vedkommende i denne fasen vil påvirke forholdet videre. Man trenger ikke nødvendigvis å ha oppnådd gjensidig forståelse og kontakt for å føle empati. Når man derimot oppnår gjensidig forståelse og kontakt må empatien være tilstede, i tillegg er det vesentlig at man har brukt kunnskapen man har fått via empatien til å hjelpe den andre (Travelbee, 2001, s. 193-197).

Sympati og medfølelse

«Evnen til sympati og medfølelse springer ut av empatiprosessen, men representere et skritt videre, ved at det foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plage» (Travelbee 2001, s.200).

Sympati og medfølelse er ikke en fase hvor man lærer å kjenne, men den vil virke forsterkende på forholdet. Dette er en måte å tenke på og en grunninnstilling for sykepleieprosessen. Her formidler sykepleieren at hun oppriktig føler for situasjonen til pasienten og ønsker å hjelpe den andre som individ. Sykepleieren ønsker å vise omsorg for

dette mennesket, ikke fordi det er jobben til sykepleieren eller fordi dette er nok en pasient, men fordi sykepleieren har et ønske om å hjelpe dette individet. Dette blir gjerne kommunisert verbalt, men kan også komme til uttrykk i non-verbal kommunikasjon med varme og medlidenhet som kan vises gjennom ansiktsuttrykk. Ofte er det sykepleiers væremåte og atferd som viser at hun ser mennesket bak sykdommen. Dette er en innstilling som sykepleier må gå inn med, og være oppriktig, da dette er noe man enten har eller ikke har. Sykepleier må hele tiden være bevisst og jobbe aktivt. Skal sykepleier kunne opprette et hjelpende forhold til pasienten er sykepleier nødt til å involvere seg følelsesmessig. Sykepleier er likevel nødt til å være forsiktig og bevisst på sine følelser og hvordan dette påvirker omsorgen som skal gis. Medfølelse går lengre enn empatien i den form at man ønsker å gjøre noe for å lindre pasienten plager. Det å handle for å lindre andres plager er en vesentlig sykepleiefunksjon, og det er derfor essensielt at empati omdannes til sympati og medfølelse for at det grunnleggende målet skal kunne nås (Travelbee, 2001, s.200-205).

Sykepleier må i hver enkelt fase bevisst gå inn for å samhandle og kommunisere med pasienten, på en slik måte at de blir kjent og kan avdekke og ivareta pasienten sykepleiebehov (Travelbee, 2001, s. 216).

2.2 Smerter og smertelindring

I denne delen skal vi ta for oss hva smerter er og hva som kjennetegner det. Vi skal nevne ulike verktøy som sykepleiere kan bruke for å kartlegge og identifisere smerter. Deretter vil vi si hva smertelindring er.

International Association for Study of Pain [IASP] (2017) definerer smerter slik:

Smerter er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.

Smerter er alltid en subjektiv følelse. I tillegg vil våre tidligere erfaringer med smerte påvirke vår opplevelse av den (IASP, 2017). Opplevelsen av smerte påvirkes av mange sammensatte faktorer slik som psykososiale tilstand og kulturelle bakgrunn. Pasienten kan forsøke å beskrive sine smerter til andre, men på grunn av de sammensatte faktorene vil aldri den andre helt forstå smerten som pasienten opplever (Danielsen, et al., 2016, s. 383.).

Som sykepleiere er det viktig at vi kan kjenne igjen akutte fysiologiske smertereaksjoner slik som forhøyet blodtrykk, takykardi, forhøyet respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller, svetting og kvalme. Ved smerter i glatt muskulatur og indre organer kan man også oppleve at pasienten får blodtrykksfall og bradykardi ved at det parasympatiske nervesystemet aktiviseres. Pasienten kan også få en rekke atferdsmessige reaksjoner. Dette kan være å ha stort fokus på smerten, snakke om smerten, gråte og ynke seg. Det kan observeres at pasienten gnir på stedet med smerte, har økende muskelspenninger, rynker på pannen og kan lage grimaser (Danielsen et al., 2016, s. 389).

For at pasienter skal få en tilfredsstillende smertelindring er kartlegging og vurdering av smerten en viktig sykepleieoppgave. For å kunne gjøre dette må pasienten etter beste evne si noe om smertens intensitet, variasjon, varighet, kvalitet og lokalisasjon. Smertekartleggingen er med på å gjøre pasienten bevisst på hva som gjør smerter bedre og hva som gjør den verre (Danielsen et al., 2016, s. 388). For pasienter som har akutte smerter er det anbefalt å gjennomføre en smertekartlegging minst 3 ganger i døgnet (Danielsen et al., 2016, s. 398).

Vi har mange kartleggingsverktøy som kan brukes. Vi har endimensjonale skalaer som visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS), verbal skala og ansiktsskala. Disse måler kun smertens intensitet. Videre har vi McGills smerteskjema som er et mer omfattende spørreskjema som måler både smertens intensitet og hvordan den påvirker pasienten. For at disse hjelpemidlene skal lykkes best mulig, avhenger dette at pasienten klarer å sette ord på smerten og klare å plassere den inn i en skala (Danielsen et al., 2016, s. 390). På vedlegg 2 og 3 kan du se de ulike smertekartleggingsverktøyene.

Hovedmålet ved smertelindring er å lindre ubehag og plager som smerten påfører hos pasienten. Man streber til at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre (Danielsen et al., 2016, s. 388). Som sykepleiere har vi en lindrende funksjon. «Vi har som mål å redusere eller begrense omfanget av ulike belastninger» (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 18). En kan redusere mye av smerten ved å lindre fysiske ubehag, selv om det ikke har noen direkte sammenheng med smertene. Hvis en pasient føler seg kvalm, tørst, sulten eller det er lenge siden de har dusjet, kan dette være med på å forsterke smerteopplevelsen (Danielsen et al., 2016, s. 384).

For å kunne tilfredsstille menneske er det viktig å være smertefri, dette er grunnleggende for å kunne føle velvære. Det vil si en subjektiv opplevelse av å føle behag og kjenne at kroppen

har det godt (Danielsen et al., 2016, s. 384). I Liv Næss' utgreiing om livskvalitet er opplevelsen av velvære et sentralt begrep. Videre skriver hun om individets opplevelser, og balansen mellom positive og negative faktorer, både følelsesmessige og kognitive (Kristoffersen, 2011, s.58-59).

2.3 Opioidavhengighet

Fellesbetegnelsen for opioider er stoffer som binder seg til opioidreseptorene (Bramness & Lien, 2014, s. 231). Opioid kommer av et stoff som er utvunnet fra planten opiumsvalmuen. Den er beskrevet i gamle skrifter som «gledesplanten». Den ble brukt både i medisin og som rusmiddel og var godt kjent blant romersk, gresk og egyptisk kultur (Evjen, Kielland & Øiern, 2012, s. 32). De vanligste opioidene er morfin, heroin og kodein. Det finnes også syntetiske former for opioider som blant annet metadon, petidin, buprenorfin og oksykodon (Evjen et al., 2012, s. 68).

Opioidavhengighet er en form for et avhengighetssyndrom. «Dette er et syndrom av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller en klasse substanser får mye høyere prioritet for en person enn annen oppfyller minimum tre av følgende kriterier» (Trydal & Brochgrevink, 2014, s. 268). Med jevn tilførsel kan en opioidavhengighet utvikles etter en til to uker (Evjan et al., 2012, s. 69).

Livstruende overdoser er mer vanlig ved opioider enn ved andre rusmidler. Risikoen for psykiske lidelser, økonomiske problemer, sosiale problemer og somatiske komplikasjoner øker ved langvarig bruk av opioider (FHI, 2014a). Overdosedødsfall er den største faren ved bruk av opioider. Det er små marginer på doser som gir ruseffekt og doser som gir overdose (Bramness & Lien, 2014, s. 232).

Når man har brukt et stoff over en periode vil en utvikle en toleranse for stoffet. Dette innebærer at man vil trenge større dose for å oppnå samme virkning som tidligere. Grunnen til dette er ofte sammensatt og kompleks. Ved stort og hyppig bruk av et rusmiddel vil kroppen skille ut stoffet raskere og raskere. Alle rusmidler er både fysisk og psykologisk avhengighetsskapende. Den psykologiske avhengigheten opptrer ved at vedkommende sier han trenger det for å fungere «normalt». De lærer seg å bruke det for å redusere spenninger, dempe angst eller for å få lystopplevelse. De utvikler seg en tanke om at de ikke vil klare å

fungere i hverdagen uten rusen. Den fysiske avhengigheten går ut på at når man ikke får jevn tilførsel av stoffet vil man oppleve ubehagelige symptomer, også kjent som abstinenser. (Håkonsen, 2014, s. 388).

Abstinenser oppstår når man slutter å bruke et rusmiddel som man tidligere har brukt over en periode. Hvor mye og hvor ofte man har brukt et rusmiddel vil avgjøre hvor store og omfattende abstinensreaksjonene vil bli (Bramness & Lien, 2014, s. 226). Generelle tegn ved abstinenser kan man oppleve plager som frysninger, uro, svette, muskelsmerter, kvalme, diaré, magekramper, hodepine og søvnvansker (Fekjær, 2008, s. 281). De første symptomene ved abstinens mot opioider er angst, uro og rastløshet. Senere kan man oppleve brekninger, tåreflod og blodtrykksfall (Evjen et al., 2012, s. 69).

2.4 Holdninger

En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser (Håkonsen, 2014, s.185). I oppveksten lærer vi oss til å forstå verden på en bestemt måte. Når vi er små er det foreldrene våre som har den største påvirkningen på oss. Barn vil ofte få mye av den samme forståelsen av verden som det foreldrene har. Når vi blir eldre vil andre påvirkningskilder være blant annet venner, skole eller medier. Gjennom dette vil vi utvikle verdier, holdninger og meninger som er med på å påvirke vår atferd. Vi kan ha holdninger om nesten hva som helst, dette kan være alt fra hva slags mat vi liker til ulike mennesker, ulike mobiler og spørsmål til abort. Holdningene våre vil være med på å bestemme hvordan vi vil reagere, enten positivt eller negativt (Håkonsen, 2014, s. 185).

Holdninger består av tre deler, den tankemessige, den følelsesmessige og atferdsmessige delen. Den tankemessige delen handler om tankene vi får når vi hører, ser og oppfatter fra omgivelsene rundt oss. Opplevelser og erfaringer vi har som er like blir ofte satt sammen, og de danner kunnskap og meninger til de ulike temaer. Den følelsesmessige delen handler om positive eller negative følelsesreaksjoner som utløses. De positive følelsene kan være respekt, sympati eller at vi liker noe. De negative følelsene kan være avsky, forakt, frykt eller at vi misliker noe. Fordommer er en holdning som består av negative følelser opp mot et emne eller en person. Den atferdsmessige delen handler om hvordan vi handler og reagerer til et emne eller situasjon (Håkonsen, 2014, s. 186).

2.4.1 Stigmatisering

Stigmatisering er form for sosial utstøting (Dahl, 2014, s. 41). Vi har kulturelle normer som sier noe om hvordan vi skal være og hvordan vi skal opptre. Det er samfunnet selv som har skapt en mening om hva som er sosialt akseptert og forventinger vi har til de ulike sosiale rollene (Hummelvoll, 2012, s. 118). «De stigmatiserte blir en mindre «ut-gruppen» definert av den store «inn-gruppen»» (Dahl, 2014, s.41). Det å være «sinnsyk», en narkoman, en lærer eller en prest er eksempler på ulike sosiale roller. Når vi hører en av disse rollene danner vi oss et bilde på hvordan denne personen er ut fra deres sosiale rolle. Menneskesynet blir dermed reduksjonistisk, vi ser personen kun ut ifra hvilken sosial rolle de har og ikke hvordan hele menneske er. Stigmatisering av mennesker blir sett på en av de viktigste årsakene til at en person blir holdt fast i sin avviksrolle. Ved avvik menes det et brudd på de kulturelle normene. Personen blir «utstøtt» fra samfunnet for å være annerledes ved å ha vist brudd på de sosiale normene (Hummelvoll, 2012., s. 118). Stigmatisering er i stor grad med på å bidra til å avskrive en person, og redusere individet til en mindre verdig person. (Dahl, 2014, s. 41).

3. Metode

I dette kapitlet skal vi ta for oss hva metode er og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingen vår. Videre i dette kapitlet gjør vi rede for vårt litteratursøk, kildekritikk og etisk vurdering.

3.1 Hva er metode?

Metode er fremgangsmåten vi bruker for å tilegne oss ny kunnskap på. Dette kan gjøres ved hjelp av ulike strategier. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver det slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51)

3.1.1 Kvalitativ- og kvantitativmetode

Det skilles mellom to ulike metoder i forskning, kvalitativ- og kvantitativmetode. Den kvalitative metoden går ut på å finne erfaringer og opplevelser hos enkeltindividet eller en gruppe mennesker. Denne formen for å hente inn data er fleksibel, uten faste svaralternativer og forskeren er ute etter opplevelser og følelser hos intervjuobjektet. De fokuserer på å få frem det som er spesielt eller det som eventuelt er avvikende (Dalland, 2017, s. 52-53).

Den kvantitative metoden gir en mer presis data som gjør at resultatene er målbare. I denne forskningsmetoden benyttes det gjerne spørreskjema med faste svaralternativer og systematiske strukturerte observasjoner. Det har som hensikt og fremme det som er representativt for en bestemt gruppe. Dataen blir gjerne presentert i tallform (Dalland, 2017, s. 52-53).

Kvalitativ- og kvantitativ metode er med på å bidra på hver sin måte til å gi en større forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltindivider, grupper eller institusjoner samhandler og handler i ulike situasjoner (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Begrunnelse for valg av metode

Høgskolen Innlandet sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie sier hvordan oppgaven skal bygges opp og at litteraturstudie er metoden som skal benyttes. Ved en litteraturstudie henter man data fra eksisterende forskning, litteratur og teori (Dalland, 2017, s. 207). I tillegg skal vi benytte praksiserfaring for å svare på vår problemstilling.

3.3 Valg av litteratur

For å finne litteraturen til denne oppgaven har vi benyttet oss av ulike metoder. Vi har gått igjennom pensumlitteraturen, her fant vi bøker som tar for seg smerter, holdninger, opioider, opioidavhengighet og sykepleiers rolle. Svært få av bøkene tok for seg hele tematikken vi ønsker å se på. For å bedre svare på problemstillingen benyttet vi oss også av litteratur fra biblioteket. Litteraturen vi har funnet omhandler smerter, rusavhengighet, holdninger og stigmatisering.

3.4 Litteratursøk

For å finne forskningen startet vi med å søke i databasen Cochrane, dette ga oss få søketreff. Vi valgte istedenfor å bruke databasene Cinahl og Google Scholar. Vi har også brukt MeSh på norsk for å finne søkeord på engelsk. Etter første søkerunde endte vi opp med ni artikler som vi trodde kunne være relevant. Når begge hadde fått lest igjennom artiklene, bestemte vi oss for å ekskludere fire. Disse ble ekskludert da vi følte at de ikke bidro til å svare på problemstillingen eller at de var eldre enn 5 år. Siden vi da bare hadde fem artikler fortsatte vi å søke. Til slutt endte vi opp med syv artikler som kan være med på å besvare problemstillingen.

To av artiklene vi har valgt ble ikke funnet ved hjelp av systematisk søk i databaser. Vi har derfor valgt å redegjøre for fremgangsmåte som er brukt.

Artikkel 1: Internationall Association for the Study of Pain (IASP) er brukt i mye av litteraturen vi har funnet. Vi gikk derfor inn på nettsiden for å se om det kunne være noe her som var relevant for oss å bruke i vår oppgave. Vi gikk inn i det åpne arkivet til PAIN:

Clinical Updates for å se om det hadde blitt publisert noe om smertelindring til rusavhengige i nyere tid. I arkivet kommer de nyeste artiklene først. Vi valgte artikkel nummer tre i arkivet, den er utgitt i 2017 og omhandler akutt smertelindring til pasienter med rusavhengighet.

Artikkel 7: Det var ønskelig å se om Tidsskriftet Sykepleien hadde artikler som har relevans for vår oppgave. Grunnet at artiklene der har sykepleierrelevans og studiene er ofte gjennomført i Norge. Sykepleien.no har en artikkelkatalog med fagfelleverderte artikler. Katalogen er delt opp i ulike kategorier. Vi gikk inn i kategorien Psykiatri & Rus. Mange av artiklene her handlet om psykiatriske avdelinger, pårørende, vold og overdoser. Vi fant derimot en artikkel som var relevant, Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Se vedlegg 1 for fullstendig oversikt og søkeresultat på resterende artikler.

3.5 Kildekritikk

Dalland (2017, s. 152) skriver «*Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann*». De fleste av våre artikler har ulikt studiedesign det er derfor nødvendig å bruke forskjellige kontrollspørsmål for og kritisk vurdere kvaliteten på artiklene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 69) Vi har valgt å bruke sjekklisene fra folkehelseinstituttet for å hjelpe oss med å vurdere artiklenes troverdighet (FHI, 2014b).

Artikkelen som er skrevet av Jane Quinlan & Felicia Cox (2017) er en fagartikkel, og vi har derfor ikke gjennomført sjekklisvurdering av artikkelen. Artikkelen er blitt utgitt i det fagfelleverdertidsskriftet Pain Reports under Clinical Update. Fagfellevurdering er en omfattende prosess som bidrar til å sikre en bredere kvalitet av publiserte artikler (Nortvedt et al., 2012, s.197). Vi velger å ta med denne artikkelen da den tar for seg bekymringer hos pasient og helsepersonell og tar videre for seg en del punkter som er viktig for å oppnå god smertelindring til opioidavhengige.

Krokmyrdal & Andenæs (2015) sin kvantitative studie har en svarprosent på 54%, som er noe lavere enn vi skulle ønsket. Det ble delt ut 181 spørreskjemaer derav 98 skjemaer ble besvart. Inklusjonskriterier var autoriserte sykepleiere som hadde jevnlig kontakt med opioidavhengige. Det ble ikke satt noen eksklusjonskriterier. Sykepleierne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. Forfatterne bemerker selv at det er lav svarprosent, men

ikke noe om hvorfor det er lav svarprosent. Dette gjør det vanskelig for oss å bedømme om sykepleieren ikke fant undersøkelsen relevant eller om de ikke tok seg tid til den.

Morley, Briggs & Chumbley (2015) har få deltakere med i sin studie. Noe som gjør det vanskelig å si om funnene er representative. På den andre siden har forskerne valgt en fenomenologisk metode som er en gunstig tilnærming for å besvare på problemstillingen. I tillegg har deltakerne ulik erfaring, kvalifikasjoner og ansiennitet som gjør at utvalget blir mer representativt. Spørreskjemaet som benyttes er en videreutviklet utgave av det Morgan (2012) brukte i sin studie.

I artikkel til Betty D. Morgan (2012) var det 14 deltakere, vi diskuterte om antall deltakere var tilstrekkelig for denne studien. Vi kom frem til at grunnet studiens utforming og metode var dette et akseptabelt utvalg. I tillegg er Morgans studie lett overførbar til videre forskning.

Det var 27 deltakere med i studien til Nicole Blay, Stephanie Glover, Janine Bothe, Susan Lee & Fiona Lamot (2012). De ble intervjuet fire ganger i løpet av fire dager. Rekrutteringen av deltakerne skjedde i en 15 måneders perioder via et akuttmottak. Vi diskuterte også om dette var få deltakere med tanke på tidsperioden, men på grunn av en rekke eksklusjonskriterier ser vi at antall deltakere er gunstig for å kunne svare på studiens problemstilling. Selv om artikkelen er fra 2012 er den en av veldig få som tar for seg brukerperspektivet og vi mener derfor den er svært relevant for å belyse vår problemstilling.

Artikkelen ved Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs & Dagfinn Nåden er en norsk studie som er gjennomført med stor geografisk bredde i tillegg er det 312 deltakere. Artikkelen er fra 2012 som gjør at den er noe eldre enn vi skulle ønsket. Vi velger likevel å ta med denne artikkelen da den er med på å vise sykepleiers kunnskaper, kompetanse og holdninger i behandling av rusavhengige.

Mulige svakheter med vår oppgave er at vi i starten slet med å finne forskning som var relevant for problemstillingen. Vi justerte etter hvert søkeordene og kombinasjonene vi brukte, men tar likevel forbehold om at vi ikke har fått tak i all relevant forskning som eksisterer. Dette grunnet vår tidligere erfaringer med litteratursøk og oppgavens tidsperiode. Vi har forsøkt å bruke den nyeste forskningen innenfor fagfeltet og holde oss innenfor en fem års tidsperiode. Vi har likevel valgt å inkludere tre artikler fra 2012 da disse tar for seg tematikk som er relevant for vår oppgave. De fleste forskningsartiklene vi har valgt ut bruker begrepet rusavhengige og ikke opioidavhengige. Vi har ikke funnet mange som omhandler

kun opioidavhengige, men vi ser overføringsverdien mellom rusavhengig og opioidavhengige.

3.6 Etiske vurdering

Alle artiklene vi har valgt har fått en etisk godkjenning for gjennomføringen av sin studie. Selv om de ulike studiene har hatt ulike eksklusjonskriterier har det vært frivillig for deltakerne å delta. Vi har benyttet pasienteksempler og praksiserfaring i drøftingen, disse er anonymisert og det skal verken direkte eller indirekte være mulig å indentifisere hvor og hvem erfaringene omhandler.

4. Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere hver enkelt artikkel og forklare kort hva de handler om og hva innholdet i dem er. Vi har valgt ut syv artikler, hvor seks av dem er forskningsartikler og en er fagartikkel. Vi har valgt å presentere artiklene etter årstall, fra nyeste til eldste.

4.1 Presentasjon av artikler

Artikkel 1

Jane Quinlan & Felicia Cox (2017) har skrevet artikkelen «*Acute Pain Management in patients with drug dependence syndrome*». Denne artikkelen handler om hvordan vi kan smertelindre rusavhengige. Videre tar de for seg de ulike utfordringene og sier noe om hvordan vi skal kunne møte disse. De tar også for seg ulike rusmidler og hvordan disse påvirker kroppen.

Forfatteren av artikkelen trekker frem noen av bekymringene den rusavhengige og helsepersonell kan ha i behandling av akutte smerter. De rusavhengige frykter abstinenser, at smertene ikke blir tatt på alvor, og de er redde for å bli diskriminert. De som har blitt rusfrie er redd for å kunne få et tilbakefall på grunn av sterke smerter eller å bli eksponert for opioider. Helsepersonell stoler ikke på rusavhengige, de er også redde for at den rusavhengige rapporterer mer smerte for å få rusmidler/opioider. Som igjen fører til bekymring for at pasienten skal få respirasjonsdepresjon grunnet store mengder opioider. Videre frykter helsepersonell at forskrevne opioider skal brukes til noe annet enn det som var tiltenkt. En annen bekymring helsepersonell har er at pasienten skriver seg ut mot deres anbefalinger. Videre tar artikkelen for seg ulike fysiologiske reksjoner som kan føre til at smertelindring til opioidavhengige blir mer kompleks (Quinlan & Cox, 2017).

Artikkel 2

Kurt A. Krokmyrdal & Randi Andenæs (2015) har skrevet artikkelen «*Nurses 'competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study*». Hensikten med denne kvantitative studien er å evaluere sykepleiers oppfattelse av egen kompetanse innenfor smertelindring til opioidavhengige. Spørreskjemaet var delt opp i tre

deler som tok for seg generell smertelindring, smertelindring til opioidavhengige og hvordan sykepleiere tilegner seg ny kunnskap. Det ble delt ut 181 spørreskjemaer på fire medisinske og tre ortopediske avdelinger fordelt på to sykehus i Norge. Av disse ble 98 skjemaer besvart (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Flertallet av sykepleierne svarer at de ikke har nok kunnskap om smertelindring. 80,3 % svarte at de kunne gjenkjenne smerter, men over halvparten av deltagerne svarte at de ikke kunne vurdere grad av smerte hos pasienten. Det kom også frem at 62 % av sykepleierne mente at opioidavhengige rapporterte mer smerte enn de egentlig hadde, for å få mer smertestillende. Sykepleieren oppga arbeidskollegaer og erfaring som de største bidragsyterne til kunnskap, noe som tyder til at sykepleiernes kompetanse var erfaringsbasert og ikke kunnskapsbasert. Studien trekker frem at smertelindring til opioidavhengige er kompleks og krever høy kompetanse hos sykepleiere (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Artikkel 3

Georgina Morley, Emma Briggs & Gillian Chumbley (2015) har skrevet artikkelen «*Nurses' Experience of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study*». Hensikten med studien var å avdekke hvilke utfordringer og erfaringer sykepleiere møtte i smertebehandling til rusavhengige. Forskerne ønsket også å identifisere potensielle barrierer mellom sykepleier og pasienter med rusavhengighet som kunne påvirke kvaliteten på smertelindringen. Forskerne har benyttet kvalitativ metode for innhenting av data (Morley, Briggs & Chumbley, 2015).

Det var med fem sykepleiere som ble intervjuet. Alle deltakerne arbeidet på forskjellige avdelinger. De hadde ulik arbeidserfaring og ulik grad av videreutdanning. Intervjuguiden som ble brukt var en tilpasset versjon av Morgan (2012). Intervjuene hadde en varighet på 40-80 minutter. Deltakerne ble oppmuntret til å bruke egne erfaringer og situasjoner de selv hadde opplevd i sine refleksjoner (Morley et al., 2015).

Sykepleierne oppga at pasienten ofte ikke ønsket å ta del i andre aspekter av behandlingen, men bare ville ha mer smertestillende. Til tross for at flere av deltagerne generaliserte rusmisbrukere la de også vekt på at hver pasienten var forskjellig og måtte behandles som individer. Pasienter med en rusavhengighet har en høyere risiko for underbehandlet smerte. Hvis pasienten blir oppfattet som russøkende kan dette bidra til stigmatisering og pasienten bli sett på som å være vanskelig. Deltagerne trakk frem erfaring som et viktig moment, med

mer erfaring ble man tryggere og kunne lettere relatere til pasienten. Andre faktorer som påvirket sykepleiers mulighet til å hjelpe pasienten var høyt arbeidspress og lav bemanning (Morley et al., 2015).

Artikkel 4

Leonieke C. van Boekel, Evelien P. M. Brouwers, Jaap van Weeghel & Henk F. L. Garretsen (2013) har skrevet artikkelen «*Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*». Hovedhensikten i denne systematiske litteraturstudien er å se helsepersonells holdninger til pasienter med rusavhengighet i vestlige land.

De har søkt i databasene Pubmed, Psycinfo og Embase for å finne forskningsartikler til å svare på deres problemstilling. De søkte på artikler som enten var på engelsk eller nederlandsk. Tidsperioden for søket var januar 2000 til november 2011. Databasene som ble valgt var på bakgrunn av at de ønsket å dekke både det biomedisinske og det psykologiske. Det var kun alkohol og ulovlige substanser som var inkludert i søket. Etter å ha gjennomført søket hadde de 1562 artikler. Deretter startet en omfattende gjennomgangsprosess som gjorde at de endte opp med 28 artikler til slutt (van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

Det kom frem i de fleste studiene at helsepersonell uttrykte en negativ holdning ovenfor pasienter med en rusavhengighet. Sykepleieren oppfattet rusmisbrukere som voldelig, manipulerende, uansvarlig og lite motivert. En studie viser at sykepleiere møtte flere utfordringer med å pleie denne pasientgruppen sammenlignet med andre. Dette førte til utilstrekkelig pleie og mindre personlig involvering og empati. Flere studier oppdaget at helsepersonell hadde liten kunnskap om rusavhengige, og de følte at de manglet spesifikk kunnskap og trening i ivaretagelsen av rusavhengige (van Boekel et al., 2013).

Artikkel 5

Betty D. Morgan (2012) har skrevet artikkelen «*Nursing Attitudes toward patients with substance use disorders in pain*». Hensikten med denne studien var å kartlegge holdningene hos sykepleiere og samspillet mellom sykepleier og de rusavhengige i smerte. Morgan gjorde også en studie i 2006 «*Knowing How to Play the Game*» som har bygget grunnlaget for denne studien.

Det var 14 deltakere som ble med i studien og de ble rekruttert fra et større offentlig sykehus. Dataen er samlet inn ved hjelp av kvalitativ metode. Deltakerne ble intervjuet der de skulle ta utgangspunkt i en pasient de hadde jobbet med. Under intervjuet ble det stilt spørsmål om smertelindring, hva deres tanker var om dette, og hvordan de opplevde situasjonen (Morgan, 2012).

Alle deltakerne i studiene diskuterte at pasienter med et rusmisbruk ofte blir stigmatisert og hvilke konsekvens dette hadde. Hvis pasienten blir stigmatisert kan det føre til tidlig utskrivelse og neglekt, som igjen kan føre til at pasienten føler seg frustrert, sint og redd. Sykepleiernes negative holdninger hadde også innvirkning på dem selv, de opplevde stress, skyld og skam av å ikke opptre profesjonelt. Et annet funn er at sykepleier-pasient-forholdet ofte blir ned prioritert i hektiske avdelinger og at sykepleiere kanskje bør sette av mer tid til dette. Det kommer også frem her at sykepleiere trenger mer kunnskap om smertelindring til rusavhengige (Morgan, 2012).

Artikkel 6

«*Substance users` perspective of pain management in the acute care environment*» (2012) er skrevet av Nicole Blay, Stephanie Glover, Janine Bothe, Susan Lee & Fiona Lamot.

Hensikten med denne studien var å få frem perspektivet til den rusavhengige med smerter i akuttinnleggelse.

Det ble brukt kvalitativ metode for å få frem pasientens subjektive opplevelse. Forskeren benyttet også kvantitativ metode for å komplimentere den kvalitative dataen som ble samlet inn. I denne studien er det 27 deltakere. De ble blant annet spurt om de følte de hadde fått adekvat smertelindring. Dette ble gjort ved innkomst, etter 24 timer, 48 timer og 96 timer. Det ble stilt 35 spørsmål totalt i løpet av perioden (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamot, 2012).

For å gi adekvat smertelindring til opioidavhengige kan det kreves tre ganger så stor dose som hos den generelle befolkningen. Pasienter blir ofte sett på som russøkende grunnet en problematisk adferd eller hyppig etterspørsel etter smertestillende. Denne adferden kan skyldes for lite smertestillende eller forsinket administrering. De fleste deltakerne var i utgangspunktet fornøyd med at helsepersonellet jobbet hardt for å kunne smertelindre dem tilstrekkelig. Dette til tross for at de ikke alltid følte at medisinske behandlingen de fikk var adekvat (Blay et al., 2012).

Artikkel 7

«Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus» (2012) skrevet av Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs & Dagfinn Nåden. Hensikten med denne studien var å kartlegge hvilke handlinger, kunnskaper og holdninger sykepleiere og leger har til opioidavhengige med smerter i norske sykehus.

Det er brukt kvantitativ metode for å hente inn data. I studien var det med både leger og sykepleiere fra kirurgiske, medisinske, intensive og anesthesiavdelinger. Disse avdelingene var fordelt på fire sykehus i forskjellige regioner i Norge. Det ble sendt ut 435 spørreskjemaer hvor 312 ble besvart (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012).

Det kom fram i studien at det var noen forskjeller mellom svarene til legene og sykepleierne. Legene scoret generelt best på alle spørsmålene om kunnskap. Det kom også frem at 52 % oppga at de aldri brukte et smertekartleggingsskjema, dette kan ha en sammenheng med manglende rutine eller negative holdninger. Flere av deltakerne hadde en opplevelse av at opioidavhengige forsøkte å lure dem på spørsmål om smertelindring. 20, 8 % av sykepleierne sa seg enig at opioidavhengige forteller sannheten under rapportering av smerte. Hvis man møtte den opioidavhengige med respekt og oppnådde en tillit, førte dette til et godt samarbeid og pasienten snakket sant om sitt misbruk. Selv om sykepleierne har gode kunnskaper om rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi får ikke denne pasientgruppen mer smertestillende enn andre (Li et al., 2012).

5. Drøfting

I drøftingsdelen vil vi forsøke å sette teori, forskning og relevant praksiserfaring sammen for å kunne svare på problemstillingen. I første del av drøftingen vil vi ta for oss fysiologiske årsaker som kan påvirker smertelindringen til opioidavhengige, sykepleieres rolle i smertebehandlingen og hvilke kunnskaper sykepleiere har om opioidavhengighet. I neste del av drøftingen vil vi se på hvilke holdninger sykepleiere har til opioidavhengige med smerter og viktigheten av å se pasienten som et unikt individ. I siste del av drøftingen vil vi se litt på andre faktorer som kan være med på å skape barrierer i behandlingen. Avslutningsvis trekker vi frem noen forslag til hva som kan være med på å bidra til optimal smertelindring hos denne pasientgruppen.

I drøftingen kommer vi til å bruke begrepene opioidavhengige og rusavhengige om hverandre. Dette er fordi de fleste forskningsartiklene omhandler rusavhengighet generelt, mens noen artikler har sett spesifikt på opioidavhengighet. Som vi tidligere har skrevet ser vi en overføringsverdi mellom rusavhengige og opioidavhengige.

Det er i hovedsak sykepleier som har mest kontakt med pasienter med smerter. Det er sykepleier som gir medisiner, gjør observasjoner og setter i gang tiltak for å lindre smerten (Morgan, 2012). Grunnet sitt misbruk er rusavhengige innlagt sykehus oftere enn den generelle befolkningen. Smerter er en vanligste årsakene til at rusmisbrukere oppsøker helsehjelp. Grunnet den høye risikoen for sykehusinnleggelse er det sannsynlig at sykepleiere vil møte på rusavhengige med akutte smerter i løpet av sin yrkeskarriere. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleier har en klar forståelse for spesifikke behov denne pasientgruppen har i forbindelse med smerter (Blay et al., 2012).

5.1 Kunnskaper om opioidavhengighet

I denne delen av drøftingen skal vi ta for oss utfordringer vi møter med smertelindringen til denne spesifikke pasientgruppen og sykepleieres rolle i denne sammenheng. Videre ser vi på hvilke kunnskaper og kompetanse sykepleiere har, og hvordan de tilegner seg ny kunnskap.

5.1.1 utfordringer med smertelindring og sykepleiers rolle

Rusavhengige har en høyere risiko til å oppleve sterke smerter. I tillegg er det en større risiko for at smerten deres blir undervurdert eller underbehandlet (Morley et al., 2015). Mer om risiko for økte smerter og underbehandling kommer senere i drøftingen. Morgan (2012) skriver at underbehandlet smerte fører til dårligere livskvalitet. Livskvalitet er et vidt begrep, som mange har forsøkt å definere. Det går i hovedsak ut på den subjektive opplevelsen av helse, og Liv Næss' syn er at «Livskvalitet er å ha det godt» (Kristoffersen, 2011, s. 57). Vi anser derfor det å oppleve velvære som en del av god livskvalitet. Det er viktig å kunne føle på velvære og kjenne at kroppen har det godt. Mye av smerten kan reduseres ved å lindre fysiske ubehag. Dette kan være ubehag slik som kvalme, sult, tørste og føle seg skitten (Danielsen et al., 2016, s. 384). Vi som sykepleiere har en lindrende funksjon der vi skal redusere eller begrense ubehag eller belastninger. Det er gjennom denne funksjonen sykepleier er med på å fremme velvære hos pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Vi ser det derfor som viktig å ha tilstrekkelig kunnskap for å lindre smerter hos pasienter med en opioidavhengighet.

Smertekartlegging er en viktig sykepleieoppgave, og er avgjørende for å kunne gi adekvat smertelindring til pasienten. Kartleggingen legger grunnlaget for hvilke tiltak som skal settes i gang og gir en systematisk evaluering av behandlingen. Vi har som tidligere nevnt flere kartleggingsverktøy, slik som VAS og McGill smerteskjema. Ved bruk av skjemaer/skalaer blir pasienten bevisst på sine smerter og hjelper til med å se effekten av behandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 390). Ved akutte smerter er det anbefalt å vurdere smerte minst tre ganger i døgnet. Ved bruk av endimensjonale skaler slik som VAS er det viktig å også utforske andre aspekter rundt smerten slik som hvordan det oppleves, lokalisasjon, utløsende faktorer, varighet og intensitet. Sykepleier må også informere pasienten om målet med smertelindringen. Ved å si ifra om målet er det enklere for pasienten å si noe om man har kommet i mål med behandlingen (Danielsen et al., 2016, 398-399). Vi har noen erfaringer med bruk av endimensjonale skalaer. Det vi erfarer er at man ofte kun spør pasienten verbalt om oppgi sin smerte mellom 0 til 10, der null er ingen smerte og ti er verst tenkelig smerte. Dette betyr at man bruker en blanding av visuell numerisk skala og verbalskala. Krokmyrdal & Andenæs (2015) skriver at det har vist seg at sykepleiere har en tendens til å vurdere smerten til pasienter med en rusavhengighet som mindre intense enn hos andre pasienter. En frykt som rusavhengige har er at smerten deres ikke blir tatt på alvor mens de er innlagt på

sykehus (Quinlan & Cox, 2017). Å bruke disse verktøyene fører også til at sykepleiere får en felles oppfatning og at egne holdninger blir av mindre betydning (Danielsen et al., 2016, s.390). I studien til Li et al. (2012) undersøker de bruken av smertekartleggingsverktøy. Det kom frem at kun en fjerdedel av deltagerne bruker smertekartleggingsverktøy ofte. Skal man derimot bruke kartleggingsverktøy er det essensielt å bruke de aktivt for at det skal ha noe nytteverdi (Danielsen et al., 2016, s.390). Forklaringen på hvorfor det sjeldent brukes kan være flere, slik som manglende rutiner, stigmatisering og negative holdninger mot pasientgruppen (Li et al., 2012).

Ved behandling av akutte smerter hos pasienter med opioidavhengighet er hovedmålet å gi adekvat smertelindring, men det må også ses i sammenheng med å forhindre abstinenser og unngå forverring av avhengighet (Quinlan & Cox, 2017). Pasienter med opioidavhengighet har tre sammenkoblede faktorer som kan hindre adekvat smertelindring: Hyperalgesi (økt følsomhet for smerte), toleranseutvikling og risiko for abstinenser (Quinlan & Cox, 2017, Li et al., 2012). Et viktig sykepleieransvar er systematisk vurdering og registrering av smerter. Sykepleier administrerer forordnede legemidler på bakgrunn av disse vurderingene og evaluerer virkning og eventuelle bivirkninger. Ved hjelp av innsamlede data må sykepleieren vurdere pasientens situasjon og iverksette eventuelle smertelindrende tiltak (Danielsen, 2016, s. 397). På bakgrunn av dette ser vi det som vesentlig at sykepleier har kunnskap om toleranseutvikling, hyperalgesi og abstinenser

Ved langvarig bruk av opioider kan man utvikle en økt toleranse for stoffet (Håkonsen, 2012, s.388) slik at det kreves høyere doser for å oppnå samme effekt (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, Quinlan & Cox, 2017). De kan ha behov for tre ganger så høy dose som den generelle befolkningen, men dette er også individuelt og må tilpasses (Blay et al. 2012). Derfor er det viktig at helsepersonell kartlegger daglig bruk av rusmidler (Li et al, 2012). Li et al. (2012) spurte i sin undersøkelse om kunnskapene til sykepleiere og leger. Her svarte 70,8 % av deltagerne at rusmisbrukere hadde behov for større doser med opioider for å oppnå smertelindring. Krokmyrdal & Andenæs (2015) undersøkte sykepleieres kompetanse. Her var 91.8% enige i at opioidavhengige hadde behov for mer smertestillende for å oppnå smertelindring, sammenlignet med resten av befolkningen.

Hyperalgesi kan være en konsekvens ved bruk av opioider og gjør at en får en økt følsomhet for smerte. Når bruken av opioider er kuttet ut vil denne overfølsomheten forsvinne etter hvert (Quinlan & Cox, 2017). Den forsterkede smertefølelsen, gjør det vanskeligere å

håndtere smertene til pasienten. Økt smertefølelse kan føre til at pasienten opplever angst som igjen kan forsterke smerteopplevelsen (Blay et al., 2012). På påstanden om at misbruk av opioider kan føre til økte smerter, svarte 60,2 % av sykepleierne at de var enig i dette (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). På spørsmålet om at langvarig bruk av opioider fører til hyperalgesi svarte 45,3 % vet ikke, mens 47,6 % var enig (Li et al., 2012). Opioider er foretrukket å bruke for å lindre akutte smerter, men en kombinasjon av opioidtoleranse og hyperalgesi gjør at opioider fungerer dårlig for disse pasientene, til tross for at de har mye smerter (Quinlan & Cox, 2017). Å skille mellom hyperalgesi og opioidtoleranse er ikke lett fordi det kan være vanskelig å si om pasienten ikke responderer på medisinene på grunn av økt toleranse eller om medikamentene som gis trigger/utløser en hyperalgesi (Blay et al., 2012). Vi ser fra funnene våre at sykepleiere har kunnskap om toleranseutvikling og hyperalgesi ved opioidbruk. Dette er noe som Li et al. (2012) trekker frem i sin diskusjon. Til tross for at helsepersonell har kunnskapen, får ikke opioidavhengige mer smertestillende enn andre pasienter som er innlagt. Noe som tyder på et manglende samsvar mellom den faktiske kunnskaper og anvendelsen av den (Li et al., 2012).

Abstinenser er en reaksjon kroppen får når tilførsel på et stoff som den er blitt vant til opphører (Bramness & Lien, 2014, s. 226). Ved generelle tegn ved abstinenser kan man oppleve plager som takykardi, angst, frysninger, uro, svette, muskelsmerter, kvalme, diaré, magekramper, hodepine og søvnvansker (Fekjær, 2008, s. 281, Quinlan & Cox, 2017). Abstinenser kan bidra til økt stress og angst som igjen kan øke smertesensitiviteten, redusere evnen til å håndtere smerten og øke pasientens russug (Quinlan & Cox, 2017). Ved smerter har man både fysiske og atferdsmessige kjennetegn. Dette kan være forhøyet blodtrykk, høy puls, svetting, kvalme, blodtrykksfall ved smerter i indre organer, en kan gråte, ynke seg, lage grimaser og rynke på pannen (Danielsen et al., 2016, s.389). Når vi ser på symptomer ved abstinenser og smerter finnes det noen likheter. Slik som svetting, kvalme og høy puls. Ved abstinenser kan man ha søvnvansker og vi ser det som naturlig å anta at man kan slite med søvn ved sterke smerter.

I Blay et al. (2012) rapporterte den ene deltageren at den eneste smertelindringen han fikk var sin daglige metadon dose. Å bruke metadon som smertelindring til akutte smerter hos pasienter med substitusjonsbehandling er en vanlig misforståelse (Blay et al., 2012). Metadon vil gi liten analgetisk effekt hos pasienten (Quinlan & Cox, 2017). Ved abstinenser kan hyperalgesi forsterkes og kan føre til selvmedisinering (Li et al., 2012). Metadon brukes

for å forebygge abstinens symptomer, og er derfor ønskelig å bruke for å forebygge disse symptomene. Smertebehandlingen og behandling av abstinenssymptomer bør behandles separat (Quinlan & Cox, 2017) Selv om vi har ekskludert LAR- behandling i denne oppgaven og at medikamentelle avgjørelsen ligger hos lege anser vi dette likevel som relevant. Dette grunnet at vi som sykepleiere er de som tilbringer mest tid med pasienten (Blay et al., 2012, Morgan, 2012 & Morley et al., 2015). I tillegg er det vi som sykepleiere som følger opp forordningen til legen, dette og tiden vi tilbringer med pasienten setter oss derfor i en essensiell nøkkelrolle (Li et al. 2012).

Alt dette sett i sammenheng gjør smertelindring til opioidavhengige til en kompleks behandling og som krever høy kompetanse av oss som sykepleiere, noe som også bekreftes av Krokmyrdal & Andenæs (2015).

5.1.2 Kunnskap og kompetanse

I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015) undersøkte de hvordan sykepleiere tilegnet seg ny kunnskap. Det viste seg at de fleste sykepleierne tilegnet seg ny kunnskap via arbeidserfaring og kollegaer. Fåtallet tilegnet seg nye kunnskaper på andre måter og som internett, forskning, utdanning og kurs. Krokmyrdal & Andenæs (2015) understreker videre at hvis man skal bygge kompetanse gjennom kollegaer er det viktig at det planlegges og systematiseres for å ha en god effekt. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understrekes det at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap». Videre står det at sykepleier har et ansvar om å holde seg oppdatert innenfor sitt fagfelt, dette inkluderer forskning, utvikling og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Funnene til Krokmyrdal & Andenæs (2015) indikerer at sykepleierne er gode på å tilegne seg erfaringsbasert kunnskap, men har fremdeles en vei å gå når det gjelder kunnskapsbasert praksis.

Sykepleiere ønsker mer undervisning om både smertelindring og rusavhengighet, og hvordan de bedre skal håndtere situasjonen når begge tilstandene er til stede (Morgan, 2012). van Boekel et al. (2013) trekker frem i sitt resultat at sykepleiere trenger en mer spesifikk undervisning og trening i hvordan ivareta denne pasientgruppen. Det foreslås her å trekke inn mer om dette i grunnutdanningen (Morgan, 2012, van Boekel et al., 2013). I funnene til van Boekel et al. (2013) kommer det frem at det trengs mer trening og undervisning hos helsepersonell for å forbedre kunnskap, ferdigheter og egen mestringsevne når i møte med

rusavhengige. Der dette har blitt gjort har det hatt en positiv effekt på helsepersonell (van Boekel et al., 2013). Vi ser de ikke som negativt at sykepleierne ønsker seg mer kunnskap og kompetanse, men heller som en interesse i å bli bedre og kunne gi optimal pleie.

Morley et al. (2015) sammenligner behandling i rusfeltet og i smertefeltet, og kommer fram til et vesentlig poeng. Rusfeltet er bevisst på at pasienten kanskje ikke alltid er ærlig om sitt rusbruk, vet at pasienten kan ha ferdigheter i å manipulere leger og kanskje ikke alltid ønsker å delta i behandling. Derfor er urintesting, påsett tatt medisiner og selvrapporing viktige tiltak. Men i smertemedisin er gullstandarden å tro på det pasienten rapporterer. I behandlingen av rusavhengige med smerter sliter derfor leger og sykepleiere med å sjonglere mellom disse to feltene. Sannsynligvis leder dette til avvik i smertebehandlingen og skaper barriere mellom pasienten og smertebehandlerne. Morley et al. (2015) tror at bedre kommunikasjon mellom sykepleiere og leger kan være med på å jobbe seg forbi disse utfordringene. Deltagerne i studien trakk frem at de ønsket at også legene skulle delta på undervisning om smertebehandling og viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid (Morley et al., 2015). Helsepersonell ønsker at spesialister skal ta seg av behandlingen (van Boekel et al., 2013). Vi tror at utfordringene helsepersonell møter ved smertelindring til opioidavhengige kan være en av grunnene til dette. I tillegg kan det være et tegn på at helsepersonell føler at de har for liten kunnskap i møte med denne pasientgruppen. Funnene i Krokmyrdal & Andenæs, 2015 og Li et al., 2012 viser at helsepersonell føler de ikke har nok kunnskap og kompetanse til å ivareta pasienter med en rusavhengighet.

Morgan (2012) skriver i sin konklusjon at kunnskap, undervisning og bevissthet rundt egne holdninger er viktig for å øke kvaliteten på sykepleien som gis. Hun trekker også fram sykepleier-pasient-forholdet, og at dette ofte blir nedprioritert i vårt hektiske medisinske miljø. Hun legger videre vekt på at viktigheten av et godt forhold mellom sykepleier og pasient er større en aldri før. Vi skal derfor i neste del av drøftingen se på hvilke holdninger sykepleier har til opioidavhengige og hvordan dette påvirker menneske-til-menneske-forholdet.

5.2 Holdninger til opioidavhengige og menneske-til-menneske-forholdet

Først skal vi se på hvilke holdninger sykepleiere har til opioidavhengige og hvordan våre holdninger kan påvirke omsorgen som blir gitt. Videre skal vi se på noen av faktorene som kan være med på å påvirke vårt syn på pasienten.

5.2.1 Holdninger og konsekvenser

Sykepleiere i dag har en bedre holdning til rusavhengige enn på 1960-tallet, likevel finnes det negative holdninger og fordommer blant sykepleiere mot rusavhengige (Morgan, 2012). På grunn av at sykepleiere er en del av det sosiale samfunnet, kan de ubevisst bidra til stigmatisering og marginalisering av rusavhengige (Morgan, 2012). Dette bekreftes også i litteraturen, sykepleiere er også vanlige mennesker som kan la seg påvirke av omgivelsene rundt oss (Håkonsen, 2012, s. 185). Resultatene fra forskningen viser at mange sykepleiere har negative holdninger ovenfor pasienter med en rusavhengighet, og at pasienten risikerer å bli stigmatisert. Som en konsekvens kan dette være med på å påvirke pleien og omsorgen som blir gitt. (Krokmyrdal & Andenæs 2015, Morgan 2012 & van Boekel et al. 2013). Her blir Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet viktig. Hvis vi går inn i møte med pasienten med negative holdninger kan det være med på å gi et fordreid førsteinntrykk. Hvis det fordreide førsteinntrykket ikke endrer seg etter hvert, kan det føre til at vi som sykepleiere opptrer ovenfor pasienten på en slik måte at det fremmer den adferden vi mener pasienten har. Det er derfor viktig at sykepleier er bevisst sine holdninger og jobber aktivt for å overkomme rollene vi har satt hverandre i (Travelbee, 2001, s. 186-188). Vi har i dette avsnittet vist at det finnes negative holdninger blant sykepleiere, men på den andre siden reflekterer deltakerne i Morley et al. (2015) over at rusavhengige må behandles som unikt individ og med en holistisk tilnærming. Det er derfor viktig for oss å poengtere at ikke alle sykepleiere har negative holdninger, men vi ser at dette er likevel noe som kan forbedres.

Det viser seg at sykepleiere brukte mindre tid hos pasienter som de hadde et negativt syn på. De ga kun fysisk omsorg og snakket lite med pasienten. Når de var hos pasienten gjorde de kun det de måtte og var hardhendt i behandlingen av pasienten (Morgan, 2012). Sykepleierne anser det å jobbe med pasientgruppen som komplisert, vanskelig og potensielt farlig. Mange

forklarer dette med at de opplever pasientene i å være manipulerende, aggressive og urolige (Li et al. 2012, Morley et al. 2015 & van Boekel et al. 2013). Travelbee (2001) sier noe om hvordan mennesket reagerer på å bli sett kun som «pasient». Det å behandle pasienten som en arbeidsoppgave eller et objekt kan føre til en rekke reaksjoner hos pasienten. Den vanligste reaksjonen er sinne, i tillegg til frustrasjon, rastløshet, tristhet, depresjon og håpløshet (Travelbee, 2001, s.68). Disse funnene sett i sammenheng kan kanskje tyde på at noe av adferden til de rusavhengige kan være en konsekvens av å bli sett på som bare en arbeidsoppgave. I tillegg sier yrkesetiske retningslinjer noe om at pasienten har rett til helhetlig omsorg og at sykepleier skal bidra til dette. (NSF, 2011). Siden sykepleierne i Morgans (2012) studie kun ga fysisk omsorg og kun gjorde det de måtte, kan det se ut som pasienten ikke mottok helhetlig omsorg.

Negative holdninger hos helsepersonell kan føre til mindre personlig involvering og en redusert empatifølelse. Dette bekreftes også av sykepleierne da de fleste følte at de hadde problemer med å føle empati for pasienter med en rusavhengighet (van Boekel et al., 2013). I studien til Morgan (2012) sier sykepleiere at de føler på dårlig samvittighet og en moralsk konflikt ved og ikke like en pasient med rusavhengighet. I tillegg føler de på skam ved at de ikke klarer å holde seg profesjonelle i situasjonen. Sykepleiere ønsker å vise omsorg ovenfor et menneske, ikke fordi det er i jobbeskrivelsen, men fordi de ønsker å kunne hjelpe individet (Travelbee, 2001, s. 200-201). De negative holdningene påvirket ikke bare sykepleierne, men også pasienter med rusavhengighet. Pasienter som hadde en oppfattelse av at helsepersonell var diskriminerende mot dem, fullførte ikke behandlingen sin (van Boekel et al., 2013). Morgan (2012) skriver også om at stigmatisering kan føre til tidlig utskrivelse, i tillegg kan det føre til neglekt og at pasienten blir frustrert, redd, deprimert, sint og fortvilet. En annen årsak til tidligutskrivelse er at smerten blir underbehandlet (Morgan, 2012, van Boekel et al., 2013). Her blir igjen Travelbees teori om å se det unike individet viktig. Hvis vi som sykepleiere ikke klarer å kommunisere til pasienten at vi ser han, kan en konsekvens være at pasienten skriver seg ut fordi vi ikke ser eller behandler han som et menneske (Travelbee, 2001, s. 63).

5.2.2 Faktorer som påvirker vår oppfattelse av pasienten

Helsepersonell var mer positiv til pasienter som søkte hjelp for sin avhengighet. Da dette ble sett på som «å gjøre det riktige» (Morley et al., 2015). Dette er i samsvar med funnene til van Boekel et al. (2013) der stigmatiseringen var større av rusavhengige med et «aktiv»

misbruk sammenlignet med pasienter som har en psykisk lidelse. Normene som er satt er viktig for samfunnet og forteller noe om hvordan vi skal oppføre oss (Hummelvoll, 2012, s. 118). Vi kan derfor anta at «å gjøre det riktige» følger normen, som dermed påvirker helsepersonells oppfattelse av pasienten i en mer positiv retning.

Det har vist seg at helsepersonell som jobber innen psykisk helse som har oftere kontakt med rusavhengige har en mer positiv holdning mot pasientgruppen (Morgan 2012 & van Boekel et al., 2013). Sykepleierne fra studien til Morley et al. (2015) opplever at jo lengre erfaring en har som sykepleier jo tryggere blir man i arbeidet. Sykepleiere med en videreutdanning har en mer positiv holdning til rusavhengige (van Boekel et al., 2013). Dette indikerer at mer erfaring og utdanning gir bedre holdninger. Dette bekreftes også av Travelbee (2001) i det innledende møtet dannes et førsteinntrykk. Hvis man har lite erfaring kan dette inntrykket baseres på mediebildet (s. 186-188). Dette er noe vi selv har opplevd i praksis. I starten hadde vi lite erfaring og var usikre på hvordan vi skulle forholde oss til pasientene. Vi gikk inn i praksisperioden med et urealistisk bilde fordi vi hadde blitt påvirket av stereoteforestillinger skapt av samfunnet (Håkonsen, 2014, s. 185). Det er først når man begynner å bli kjent med vedkommende at de stereotype forestillingene forsvinner og når førsteinntrykket justeres begynner man å se individet bak diagnosen (Travelbee, 2001, s. 186-187). Dette noe vi kan kjenne oss igjen i da vi etter hvert fikk mer erfaring og ble tryggere oss selv. Det viste seg at bilde skapt av samfunnet ikke stemte overens med virkeligheten og pasienten hadde et stort behov for å bli sett som et unikt menneske.

Deltakerne i Morgan (2012) sin studie beskriver ulike faktorer som er med på å kategorisere pasienten som «drug-seeking», eller som vi vil si på norsk, russøkende. Ordet ble brukt som en negativ merkelapp. Grunner til at sykepleierne kategoriserte pasienten som russøkende var at de ba om spesifikke medisiner, ønsket eventuelt medikamenter samtidig som faste doser ble gitt. I tillegg reagerte deltakerne på at pasienten så ut til å ha det fint helt til han ble påmint smerter. Pasienten fokuserte kun på smertene sine og sykepleiere var skeptisk til høye doser (Morgan, 2012). Deltakerne i Morley et al. (2015) diskuterte også dette med at pasienten ba om større doser smertestillende eller spesifikke medisiner. Dette førte til at deltakerne var skeptiske til smerten som ble rapportert fra pasienten (Morley et al., 2015). Hvis pasienten opplever smerter kan han få ulike atferdsmessige reaksjoner. Dette kan være blant annet at pasienten har et stort fokus på smerten og snakker mye om den (Danielsen et al., 2016, s. 389). Blay et al. (2012) trekker frem at den russøkende adferden kan skyldes

dårlig smertelindring. Det kan godt hende at pasientene deres var russøkende, men det kan også være et tegn på at pasienten ikke var tilstrekkelig smertelindret. Her mener vi det er viktig at sykepleier har kunnskap om toleranseutvikling (større dose for lik effekt), hyperalgesi (økt følsomhet for smerte) og smertesymptomer (Quinlan & Cox, 2017). I tillegg er det viktig at sykepleier er klar over hva pseudoavhengighet er og hva det går ut på. Dette syndromet er assosiert med underbehandlet smerter. Kjennetegn til dette syndromet er en karakteristisk oppførsel hos pasienten der han prøver å få tak i eller spør om mer opioider. Pseudoavhengighet kan skilles fra en rusavhengighet ved at den karakteristiske oppførselen forsvinner når smerten har blitt behandlet effektivt (Quinlan & Cox, 2017).

Morgan (2012) har inkludert sitater fra deltakerne i sin artikkel. Den ene deltakeren fortalte at hun hadde pratet med en kollega om hvorfor hun oppfattet pasienten som russøkende. Kollega svarte at pasienten alltid fulgte med klokka for å få medisiner til nøyaktig rett tid og fordi pasienten virket til å ha det fint. Derfor trodde ikke kollegaen noe på at pasienten hadde smerter. Li et al., (2012) skriver i sin konklusjon om at de negative holdningene til sykepleiere kan se ut til å undergrave pasientens smerter. De anbefaler derfor videre forskning på om opioidavhengige får den smertelindringen de trenger.

Praksiserfaring med refleksjon rundt egne holdninger og kunnskap: Eksempelet er omskrevet og hentet fra et tidligere refleksjonsnotat innlevert i praksissammenheng. Hensikten med eksempelet er å belyse hvordan våre erfaringer påvirker samhandlingen med pasienten. Vi velger å bruke mye plass i drøftingen på dette eksemplet fordi vi mener det samsvarer med mange av funnen fra forskningen.

Det var kommet inn en pasient med rusavhengighet i avdelingen. Jeg hadde ingen erfaring med rusavhengighet. Det jeg visste om pasienten var rusavhengighet, smertefull sykdomstilstand og behov for store mengder smertestillende. Jeg og min medstudent ønsket å ha ansvar for denne pasienten denne dagen, vi var nysgjerrige, åpne og dette var noe vi syns kunne være interessant å lære mer om. Daglig veileder syntes ikke dette hørt ut som en god ide, i frykt for at pasienten kanskje kunne «utnytte» oss, da hun selv ikke hadde kjennskap til pasienten. Senere så vi at pasienten ringte på, og vi visste at sykepleier er opptatt med noe annet. Vi konfererte derfor med sykepleier om å gå inn til pasienten. Jeg hadde ikke tenkt over at pasienten kunne utnytte oss, og kjente at dette gjorde meg nervøs når vi gikk inn til pasienten. Det viste seg at pasienten ønsket hjelp til å få kjøpt noe mat i kiosken.

Pasienten ble i avdelingen over en lengre periode, det var vanskelig å oppnå tilstrekkelig smertelindring og dosene ble økt flere ganger. Anestesilegen var med på behandlingen, for å justere medikamentene etter behovet til pasienten. Det virket på meg som det var enklere for sykepleierne å akseptere de høye dosene med smertestillende, da det var noen med høy kompetanse på området som tok avgjørelsene. Likevel var varierende meninger blant sykepleierne, noen hadde forståelse for de store mengdene med smertestillende som ble gitt, sett i sammenheng med den smertefulle tilstanden og toleranseutvikling. Mens andre diskuterte om dette var etisk riktig og at det føles som vi bidro til mer rus hos pasienten.

I ettertid tenkte jeg mye over dette med min egen erfaring og hvilke holdninger jeg hadde. Det at sykepleier hadde advart oss i forkant var både positivt og negativt for min egen del. Kanskje gjorde det meg mer bevisst når vi gikk inn hos pasienten, men samtidig gjorde det meg veldig usikker på hvordan jeg skulle forholde meg til pasienten. Etter hvert ble jeg bedre kjent med pasienten, og dette er en erfaring som jeg kommer til å ta med meg videre.

Videre belyser eksempelet mange av de funnen som vi har drøftet fra forskningen tidligere. Slik som at helsepersonell foretrekker at spesialister tar seg av behandlingen til denne pasientgruppen (van Boekel et al., 2012). Eller som at man setter hverandre i kategorier før man i det hele tatt har møttes, men at første inntrykk kan justeres (Travelbee, 2001, s. 186). Videre belyser det viktigheten av kunnskap og erfaring slik at man blir tryggere i den jobben man skal gjøre (Morley et al., 2015, van Boekel, 2013). Det viser også at med kunnskap om toleranseutvikling så ble det lettere å forstå at pasienten var i sterke smerter. For de som ikke var så positive til store mengder smertestillende, så kan det hende årsaken var mangel på kunnskap, negative holdninger eller en kombinasjon av begge (Morley et al., 2015).

Vi har i løpet av denne og forrige hoveddel av drøftingen trukket fram sykepleiers kunnskaper rundt smertelindringen til opioidavhengige og hvilke holdninger vi har til denne pasientgruppen. For å strukturere drøftingen på hensiktsmessig måte har vi holdt disse delene forholdsvis adskilte. Gjennom vårt arbeid med oppgaven ser vi likevel at kunnskaper og holdninger henger sammen, og velger å understreke dette med teoretiker Joyce Travelbee. Det hun skriver er at vennlighet mot pasienten er viktig, men kan ikke veie opp for manglende kunnskap eller manglende evne til å anvende kunnskapen. På den andre siden er ikke kun kunnskap nok, da dette vil føre til en upersonlig tilnærming og objektivisering av pasienten. Dette må kombineres og brukes på en systematisk måte for å kunne bistå pasienten (Travelbee, 2001, s.45). Travelbee bruker ordet vennlighet i sin utgreiing, men vi

velger å se på de som nærliggende til holdninger, da hun også snakker om å se mennesket som et unikt individ og at vi som sykepleiere må ha innsikt i hvordan vår egen adferd påvirker andre (Travelbee, 2001. 45).

5.3 Andre faktorer som kan påvirker behandlingen

I denne delen skal vi se på hvordan ytre faktorer som høyt tidspress og lav bemanning kan påvirke samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Avslutningsvis skal vi se drøftingen i sin helhet og trekke frem hvordan man kan gå frem for å sikre en adekvat smertelindring hos opioidavhengige.

5.3.1 Tidspress og ytre faktorer

Artiklene vi har valgt tar for seg holdninger, kunnskap, samhandling, opioidavhengighet og brukerperspektivet. Selv om dette er hovedtemaene, så diskuterer de også en del andre faktorer som er med å påvirke forholdet mellom sykepleier og pasienten og behandlingen som gis.

I van Boekel et al. (2013) kommer det frem at støtte fra kollegaer er funnet til å påvirke nivået av terapeutisk forpliktelse til helsepersonell. Dette inn innebærer vilje, forventinger, selvfølelse og tilfredshet med arbeidet. Et godt arbeidsmiljø har en positiv effekt på helsepersonells følelse av å jobbe selvstendig og til å jobbe sammen om behandlingen til pasienter. Dette fører igjen til pleiernes evne til å ivareta pasienten. Det kom også fram i van Boekel et al. (2013) at tilgjengelighet av støttestrukturer og ressurser er viktige faktorer.

Krokmyrdal & Andenæs (2015), Morgan (2012), Morley et al. (2015) & van Boekel et al. (2013) trekker frem at økonomiske føringer fra sykehusene er med på å påvirke hvilke muligheter sykepleieren har til å ta del i pasientens behandling. Høyt tidspress, kutt i bemanningen, kutt i antall sengeplasser og høyt nivå av pleietrengende pasienter er konkret faktorer (Morgan, 2012, Morley et al., 2015, & van Boekel et al., 2013). Dette er noe vi selv har erfaringer med fra vår praksis og arbeidserfaring. Vi har begge følt på kroppen hvordan det er å ha ansvaret for mange pasienter og å ha mange gjøremål som skal gjennomføres i løpet av arbeidsvakten. Du jobber hardt for å få avdelingen til å gå rundt, bistå pasienten i det de trenger og ikke la det være igjen uferdige oppgaver til nestemann som går på vakt. Ofte har vi kjent på følelsen av dårlig samvittighet når vi går hjem, for vi skulle se gjerne

hatt mer tid til pasientene våre. Disse faktorene ligger i sykehusets organisering og ønske om å drifte foretaket på en effektiv måte (Morley et al., 2015). Flere av studier kaller disse faktorene for ytre press, i Morley et al (2015) meddelte deltagerne det at når ytre press ble lagt på dem var det vanskelig å oppnå holistisk person-sentrert pleie.

I en studie om brukerperspektivet forteller deltagerne at de hadde behov for smertestillende til faste tider, men at dette ofte ble forskjøvet. De opplevde at dette var en konsekvens av helsepersonells negative holdninger mot dem (Blay et al., 2012). Det er vanskelig for oss å si noe på om dette er tilfelle, eller om grunnen til forsinkede medisiner skyldes høyt tidspres og stor arbeidsmengde, uansett er dette pasientens opplevelse av situasjonen. Morgan (2012) trekker fram at sykepleiere med negative holdninger faktisk forsinket behandlingen og demonstrere sin misnøye ovenfor pasienten. Mens i Morley et al. (2015) kommer det fram at sykepleieren opplever rusavhengige som en tidkrevende pasientgruppe som påvirker de daglige rutineene i avdelingen og arbeidsmengden. Som vi har sett tidligere kan ytre faktorer som arbeidsmengde og tidspres påvirke sykepleier evne til å oppnå person-sentrert pleie i et holistisk syn (Morley et al., 2015). Den rusavhengige frykter ved innleggelse diskriminering fra personalet, på bakgrunn av tidligere dårlige erfaringer, som igjen fører til at de ikke stoler på helsepersonell (Quinlan & Cox, 2017). På bakgrunn av disse funnene tror vi at forsinket behandling påvirkes av mange faktorer som skaper barriere mellom sykepleier og pasienten. Pasienten opplever det som dårlige holdninger, kanskje fordi sykepleier kan ha negative holdninger, men også fordi de ikke stoler på sykepleiere grunnet tidligere erfaringer. Noen ganger kan det også være at medikamentene blir forsinket rett og slett fordi sykepleier har mye som skal gjøres. Dette er likevel pasientens opplevelse av situasjonen, og selv om det kan ligge bakenforliggende årsaker er det som Joyce Travelbee (2001 s. 187-188) sier, sykepleiers oppgave å bryte ned kategoriene og jobbe aktivt for å se hverandre som individer.

5.3.2 Hvordan sikre adekvat smertelindring

Vi har i løpet av drøftingen trukket fram ulike faktorer som er med på å påvirke smertelindring til opioidavhengige. Avslutningsvis vil vi belyse noen faktorer som kan være med på å sikre adekvat smertelindring for denne pasientgruppen.

For å sikre en adekvat og individuell smertelindring er det viktig at sykepleier benytter seg av smertekartleggingsverktøyene, da smerte er en subjektiv følelse (Li et al., 2012). Li et al.

(2012) trekker også frem at det er essensielt å benytte seg av disse verktøyene for å kunne gi en optimal smertelindring til opioidavhengige som er innlagt i sykehus. Følelsen av å bli manipulert hos helsepersonell reduseres ved nøyaktig kartlegging. Det er også viktig med et tverrfaglig samarbeid da leger og sykepleier har flere funksjoner ved smertebehandling som overlapper hverandre. Det er legen som har det overordnede ansvaret for behandlingen, mens det er sykepleieren som observerer virkning av behandling og rapporterer til legen (Li et al., 2012)

Kompetansen som kreves for å ivareta pasienter med en opioidavhengighet krever kunnskap om farmakologi, en forståelse for diagnosen og avhengigheten, gjenkjenne symptomer på abstinenser. Det kreves gode ferdigheter innen kommunikasjon for å kunne skape en tillit mellom sykepleier og pasient og ha en ikke dømmende, men en empatisk tilnærming (Quinlan & Cox, 2017). Stigmatiseringen ovenfor rusavhengige er ofte basert på feilinformasjon og fordommer og kan være en hindring til god behandling og pleie (Quinlan & Cox, 2017). Derfor er det at vi som sykepleiere blir mer bevisste på våre egne holdninger (Morgan, 2012). I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal ivareta behovet til hver enkelt pasient og sørge for en helhetlig omsorg (NSF, 2011). Dette gjelder uansett hvilken bakgrunn pasienten har. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-1) står det at alle mennesker har rett på lik tilgang av helsehjelp som er av god kvalitet.

Quinlan og Cox (2017) skriver den rusavhengige er redd for å bli diskriminert, da de ofte har dårlig erfaring med dette fra tidligere sykehusopphold. Dette kan føre til mistillit mellom pasient og helsepersonell. Denne mistilliten kan føre til at pasienten føler seg utrygg og ikke møtt, og gjør samarbeidet mellom pasient og helsepersonell vanskelig (Quinlan & Cox, 2017). For å skape et godt samarbeid mellom helsepersonell og den opioidavhengige viser erfaring at når helsepersonell møter pasienten med respekt oppnås det en tillit som kan bygge et godt samarbeid. Dermed vil det bli en større sannsynlighet for at den opioidavhengige vil snakke sant om sitt misbruk (Li et al. 2012). Med en atmosfære av tillit kan man også snakke om forventinger og pasientens bekymringer som vil være med på å redusere barrieren mellom helsepersonell og pasient (Quinlan & Cox, 2017).

6. Konklusjon

Sykepleiere har i dag bedre holdninger til opioidavhengige enn tidligere, men ut ifra funnen i forskningen er det fremdeles en del negative holdninger blant sykepleiere. Våre negative holdninger gjør at vi setter hverandre inn i kategorier og tilskriver pasienten karaktertrekk før vi i det hele tatt har møtt pasienten. Hvis dette ikke justeres etter hvert kan det hende at vi opptrer på en slik måte at det fremmer den adferden vi mener pasienten har. Sykepleiere oppgir at de synes det er utfordrende å jobbe med denne pasientgruppen, og begrunner dette med at de opplever pasientene som aggressive, manipulerende og lite motivert. I tillegg kan sykepleierne oppleve pasienten som russøkende. Denne karakteristiske adferden handler om at pasienten ser ut til å ha det fint, men likevel etterspør smertestillende eller at de ikke responderes «normalt» i forhold til dosene som gis.

Her er det viktig at sykepleier har kunnskaper om ulike fysiologiske utfordringer til opioidavhengige, slik som toleranseutvikling, hyperalgesi og abstinenser. Økt toleranse vil kreve større doser for å oppnå effekt, hyperalgesi vil føre til økt følsomhet for smerte og abstinenser vil påvirke pasientens evne til å håndtere smerte. I tillegg er det viktig at sykepleier har kunnskap om smerte generelt og hvordan ubehandlet smerte påvirker pasientens adferd. Forskning viser at sykepleiere har gode kunnskaper om disse fenomenene, men likevel får ikke denne pasientgruppen mer smertestillende enn andre inneliggende pasienter. Smertekartlegging er en viktig sykepleier oppgave og ved akutte smerter anbefaler man at det gjennomføres minst tre ganger i døgnet. Det viser seg derimot at fåtallet bruker kartleggingsverktøy. Det kan være ulike årsaker til dette slik som manglende rutiner, negative holdninger og stigmatisering. Selv om funnene våre viser at sykepleiere har gode kunnskaper ønsker likevel flertallet at de hadde bedre kunnskaper og kompetanse i å ivareta pasienter med en opioidavhengighet. Sykepleieren oppgir at andre faktorer slik som tidspress, lav bemanning, arbeidsmiljø og økonomiske føringer påvirker deres evne til å ivareta pasienten.

Sykepleier har en essensiell nøkkelrolle inn i arbeidet med pasienten. Det er sykepleier følger opp forordningen fra lege og gjør mange viktige observasjoner. Vi mener derfor at det er vesentlig at sykepleiere har gode kunnskaper og holdninger da dette vil være med på å påvirke samhandling med pasienten og observasjoner vi gjør. Kunnskap og holdninger

henger sammen, og begge deler må brukes systematisk for å møte pasienten på en god måte, men også kunne avdekke de fysiologiske problemene hos pasienten. Sykepleier har et ønske om å hjelpe og være profesjonell. Flere fortalte om en skam over å ikke like pasienten sin og at de reagerte på irrasjonelle måte ovenfor pasienten.

Det kan derfor se ut som at sykepleier kan påvirke smertelindringen til opioidavhengige på mange måter både med sin kunnskap og med sine holdninger. Ut i fra våre funn er det mye forskning på hvilke kunnskaper og holdninger sykepleiere har til denne pasientgruppen. Mange av artiklene understreker derimot behovet for videre forskning på hvordan disse holdningene påvirker behandlingen og om opioidavhengige faktisk får den smertelindringen de trenger.

Vi har lært mye i denne skriveprosessen, både om oss selv, men også om opioidavhengige. Dette gjelder både spesifikke behov ved smertelindring, men også behovet for å bli sett som et unikt individ. Som vi innledningsvis har skrevet tror vi mye i denne oppgaven har overføringsverdi til andre situasjoner med rusavhengige i helsetjenester. Det som har overrasket oss mest under arbeidet med denne oppgaven er hvor stor påvirkning våre holdninger har til omsorgen vi skal gi. Dette har gjort oss bevisst på våre egne holdninger og hvordan det setter grunnlaget for hvordan vi opptrer ovenfor pasienten.

11. mai 2018 ble artikkelen *Rusmiddelavhengighet: Sykepleiers holdninger påvirker smertebehandlingen* utgitt på sykepleien.no. Den er svært relevant for vår oppgave, men på grunn av at den kom ut så sent i skriveperioden og i frykt for å miste originaliteten i vårt eget arbeid har vi valgt å ikke bruke artikkelen.

Litteraturliste

*Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012) Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Journal for the Australian Nursing Profession*, 42 (2), 289-297. Hentet fra

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2012.42.2.289>

*Bramness, J. G. & Lien, L. (2014) Rusmidler og somatisk helse. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.) *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom*. (s. 223-237). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

*Dahl, A. A. (2014) Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.) *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom*. (s. 31-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Dalland, O. (2017) *Metode og Oppgaveskriving*. (utg. 6) Oslo: Gyldendal Akademisk

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H (2016) Sykepleie ved smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1*(5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Direktoratet for e-helse (2017) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer 2017* [IE-1002]. Hentet fra

<https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202017.pdf>

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2012) *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget AS

*Folkehelseinstituttet (2014a) *Helsetilstanden i Norge* (Folkehelse rapporten 2014: 4) Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

*Folkehelseinstituttet (2014b) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Se meg! – alkohol – narkotika – doping*. (St.meld. nr. 30, 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/sec1>

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

*International Association for the Study of Pain (2017) *IASP Taxonomy*. Hentet fra <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

*Kirkevold, M (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011) Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2. utg., s. 31-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E. A (2011) Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2. utg., s. 15-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691715000982>

*Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7 (3), 252-260. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>

*Morgan, B. D. (2012) Nursing Attitudes towards patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. Hentet fra [https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(12\)00138-5/abstract](https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(12)00138-5/abstract)

*Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015) Nurses' Experiences of Patients with Substance Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904215000399#bib17>

Norsk sykepleier forbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. (2. utg.) Oslo: Akribe

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

*Travelbee, J (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Trydal, H & Borchgrevink, P. C. (2014) Smerter. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.) *Psykiske Reaksjoner ved Somatisk Sykdom*. (s. 258-275). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

*van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131 (1-2), 23-35. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613000677>

*Quinlan, J. & Cox, F (2017) Acute Pain Management in Patients with Drug Dependence Syndrome, *Pain Reports*, 25(1), e611. Hentet fra https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/AM/Images/PCU/Acute_pain_management_in_patients_with_drug.pdf

Vedlegg 1

OVERSIKT OVER RESULTAT FOR LITTERATURSØK

Søkeord	Database/ Tidsskrift	Avgrensning	Antall treff	Artikkel nr. valgt	Inkluderte artikler
Nurses competance og pain management	Cinahl	2012-2018	102	4	1 #Artikkel Nr. 2
Substance use disorder	Pain Management nursing	2013-2018	34	1	1 #Artikkel Nr. 3
Nurses attitudes towards drug users	Google Scholar	2013-2018	15 600	1	1 #Artikkel Nr. 4
Pain management og nursing og substance use disorder	Google Scholar	2012-2018	16 000	7	1 #Artikkel Nr. 5
Substance user og pain management	Cinahl	2012-2018	47	1	1 #Artikkel Nr. 6

Vedlegg 2

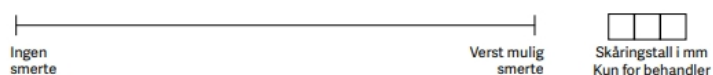
Mcgills smertespørreskjema – kort versjon¹

A. Vennligst beskriv smertene dine i løpet av siste uke. Sett et kryss i én rute på hver linje.

	Ingen	Mild	Moderat	Sterk
1. Pulserende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Ilende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Stikkende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Skarp	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Krampelignende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Gnagende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Varm/brennende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Verkende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Tyngende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Øm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Sprengende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Trettende/utmattende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Kvalmende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Skremmende	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Uutholdelig	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. Vurder dine smerter i løpet av siste uke

Den følgende linja står for smerter av økende intensitet fra "ingen smerte" til "verst mulig smerte".
Sett en strek (|) tvers over linja som beskriver smerten din i løpet av siste uke.



C. Nåværende grad av smerte

0 Ingen smerte 1 Mild 2 Ubehagelig 3 Meget ubehagelig 4 Forferdelig 5 Uutholdelig

Scorings-nøkkel

Sensoriske adjektiver: 1–11

Emosjonelle adjektiver: 12–15

Hvert adjektiv skåres:

0 = ingen

1 = mild

2 = moderat

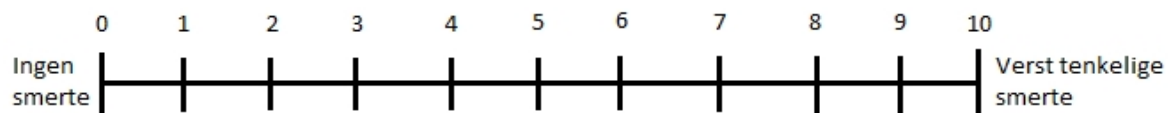
3 = alvorlig

¹ Melzack, R. (1970, 1987) *McGill spørreskjema kortversjon* [Bilde]. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2017/01/SF-MPQ-McGill-smertesp%C3%B8rreskjema-kortversjon-elektronisk-NFKT.pdf>

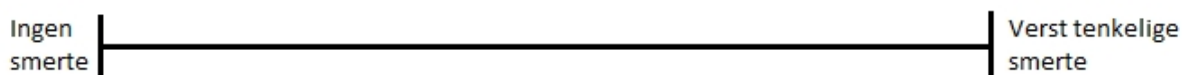
Vedlegg 3

Figur 1. Wong pain scale (Ansiktsskala) av D. L. Wong²**Figur 2. Visuell numerisk skala (NRS)**

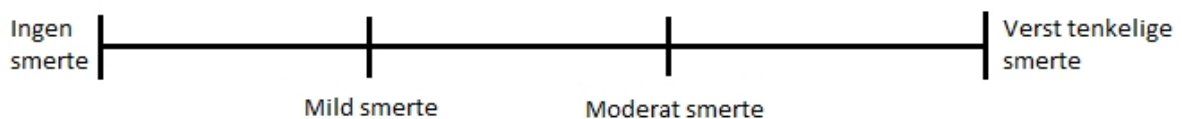
Selvkomponert

**Figur 3. Visuell analog skala (VAS)**

Selvkomponert

**Figur 4. Verbal skala (VRS)**

Selvkomponert



² Wong, D.L. (1999) [Bilde] Wong pain scale. Hentet fra http://psychology.wikia.com/wiki/File:Wong_pain_scale.jpg