

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 371 & 239

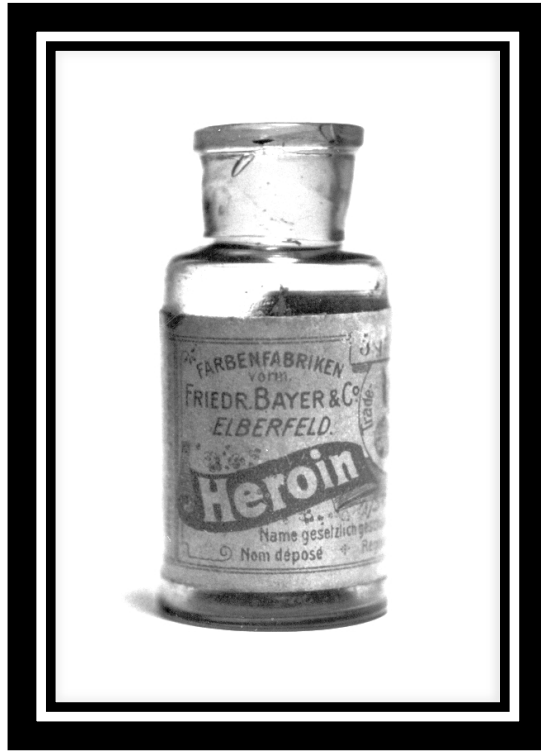
Eksamensnavn: SYBA 3900

Dato: 01.06.2017

Klasse: 3C 2014H

Kull: 2014

Antall ord: 10790



Bilde 1 Bayer Heroin Bottle (2005)

Sykepleiers smertelindrende behandling til opioidavhengige pasienter

*Hvordan kan sykepleier forsikre seg om at opioidavhengige pasienter
er optimalt smertelindret?*

Våren 2017

Antall ord: 10790

SAMMENDRAG

Smertebehandling til opioidavhengige kan være krevende, både fordi denne pasientgruppens smertefysiologi er endret grunnet langvarig opioidmisbruk, men også basert på hvilke holdninger og kunnskap helsepersonellet har i møte med pasientene.

Hensikten med denne oppgaven er å avdekke hvordan sykepleier på best mulig måte kan forsikre seg om at opioidavhengige er optimalt smertelindret, og eventuelt hva som forårsaker at smertelindringen ikke er optimal.

Metoden vi har brukt er et litteraturstudie med 7 utvalgte artikler; 4 er forskningsartikler, 1 litteraturstudie, 1 fagartikkel og 1 artikkel i et oppslagsverk.

Funn fra artiklene viser at gjennomgående temaer som holdninger, tillit og kunnskap kan være med på å sikre optimal smertelindring av opioidavhengige, og ved mangel på disse elementene risikerer vi at pasientene ikke blir smertelindret adekvat. Denne pasientgruppen er utsatt for fordommer og stigmatisering, noe som gjør at sykepleiere må være bevisst egne holdninger for å kunne møte pasienten på pasientens premisser. Smertelindring er et samarbeid mellom pasient og helsepersonell, der tillitt er essensielt da helsepersonell må tro på pasientens formidling av smerter. Kunnskap og erfaring kan legge grunnlag for trygghet og fortrolighet med administrering av den medikamentelle behandlingen.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Tema og problemstilling | 2 |
| 1.2 Sentrale begreper. | 2 |
| 1.3 Avgrensninger..... | 3 |
| 1.4 Oppbygging. | 3 |
| 2.0 TEORI | 4 |
| 2.1 Sykepleie..... | 4 |
| 2.1.1 Moralsk omsorg. | 5 |
| 2.1.2. Relasjonell omsorg..... | 5 |
| 2.1.3 Praktisk omsorg. | 6 |
| 2.2 Pasienten. | 6 |
| 2.3 Smerte. | 7 |
| 2.3.1 Smertens kompleksitet. | 7 |
| 2.3.2 Smertefysiologi..... | 8 |
| 2.3.3 Kartlegging av smerter..... | 8 |
| 2.3.4 Smertelindring. | 9 |
| 2.3.5 Opioider. | 9 |
| 2.3.6 Eksempler på preparater..... | 10 |
| 2.3.7 Toleranse og avhengighet. | 11 |
| 3.0 METODE..... | 12 |
| 3.1 Vår metode..... | 12 |
| 3.2 Søkeprosess..... | 13 |
| 3.3 Kildekritikk. | 18 |
| 3.3.1 Artikkel 1 – Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. | 18 |
| 3.3.2 Artikkel 2 – Sykepleiers kompetanse innen smertelindring av opioidavhengige..... | 19 |
| 3.3.3 Artikkel 3 – Hvordan spille spillet/Rusavhengiges strategier for å bli smertelindret..... | 19 |
| 3.3.4 Artikkel 4 – Sykepleiers erfaring med rusavhengige med smerter. | 19 |
| 3.3.5 Artikkel 5 – Akutt smertelindring hos pasienter med rusavhengighet. | 20 |
| 3.3.6 Artikkel 6 – Formell uttalelse om smertelindring til rusmisbrukere. | 20 |
| 3.3.7 Artikkel 7 – Behandling av akutte smerter hos kroniske opioidbrukere. | 20 |
| 3.3.8 Etske overveielser. | 21 |
| 4.0 FUNN | 22 |
| 4.1 Moralsk. | 22 |
| 4.2 Relasjonell. | 23 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Praktisk | 23 |
| 5.0 DRØFTING | 25 |
| 5.1 Sykepleiens moralske side | 25 |
| 5.1.1 Holdninger | 25 |
| 5.2 Sykepleiens relasjonelle side | 27 |
| 5.2.1 Tillit | 28 |
| 5.2.2 Gjensidig respekt | 29 |
| 5.3 Sykepleiens praktiske side | 30 |
| 5.3.1 Kunnskap | 31 |
| 5.3.2 Erfaring | 32 |
| 5.3.3 Kartlegging | 33 |
| 6.0 Konklusjon..... | 35 |
| Litteraturliste | 37 |
| VEDLEGG | 41 |

1.0 INNLEDNING

I 2013 anslo Folkehelseinstituttet at det var 9000 opioidavhengige i Norge i alderen 15-64 år (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016). Med dette følger mange sykehusinnleggelses grunnet sykdommer og skader som er rusmiddelrelaterte som eksempelvis hepatitt A, B og C, nekrotiserende fasciitt, miltbrann, stivkrampe, influensa, lungebetennelse og endokarditt. Behandling av smerter hos opioidavhengige er et sammensatt og komplekst område fordi opioider påvirker både pasientens nevropsykologiske, sosiale og atferdsmessige responser, som gjør det krevende for sykepleier og lege å sikre adekvat smertelindring (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012; Folkehelseinstituttet [FHI], 2016). I tillegg kommer vi ikke utenom det faktum at dette er en gruppe pasienter som misbruker legemidler som anvendes i smertelindring og dermed kommer det et spørsmål om tillit, det å tro på at pasienten har smerter og ikke kun er ute etter gratis rusmidler. Dette er tydeligvis en gjennomgående problemstilling da vi har flere eksempler hvor sykepleier eller lege betviler pasientens intensjoner: *"You`re just looking for drugs and a place to sleep". "You`re lying.. You`re trying to con everybody for more drugs"*(Morgan, 2006 s.37).

Hvorfor blir ikke alltid pasientens formidling av smerte sett på som sannferdig? Det har vist seg at i mange tilfeller handler dette om kunnskapsnivået til sykepleierne og legene om smertelindring til denne pasientgruppen, og ikke minst om trygghet og fortrolighet rundt det å gi "unormale" høye doser med medikamenter som potensielt ville vært dødelig for en pasient uten et rusmisbruk. *"Experience is quite valuable in acquiring the confidence to give them quite high doses of opiate drugs, beacuse some people, particularly junior memebers of staff, feel quite uncomfortable about that"*(Morley, Briggs & Chumbley, 2015 s.706). Et paradoks er at vi ser at mange sykepleiere har kunnskap om eksempelvis toleranse som er et fenomen som rammer de aller fleste opioidavhengige, og som krever høyere doser med opioider for å oppnå smertelindring. Likevel synes det ikke å reflekteres over i handlingene som blir utført, da opioidavhengige ikke mottar mer analgetika enn andre pasienter som ikke har et rusmisbruk (Li, et al. 2012).

1.1 Tema og problemstilling.

Temaet for oppgaven vår er sykepleiers smertelindrende behandling til opioidavhengige pasienter (*Nurses pain management in opioid-addicted inpatients*).

Bakgrunnen for at vi valgte dette temaet er at vi begge har interesse og kjennskap til denne pasientgruppen gjennom skolen og privatliv. Vi har inntrykk av at smertelindring til disse pasientene er vanskelig og ville derfor se nærmere på årsakene til dette, og hva som skal til for at denne prosessen kan gå bedre. Hvor er det eventuelt mulig å få til en endring?

Problemstillingen vår er ***hvordan kan sykepleier forsikre seg om at opioidavhengige pasienter er optimalt smertelindret?***

1.2 Sentrale begreper.

Norsk Sykepleierforbund definerer **sykepleierens** funksjon som: " *Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/ helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov*" (Norsk Sykepleierforbund [NSF], udatert).

Med **forsikring** mener vi en tilstand der alle muligheter er utforsket og sykepleier handler etter pasientens beste.

Med **optimal smertelindring** mener vi en tilstand av smertefrihet i den grad det lar seg gjøre, da enkelte former for smerter ikke lar seg lindre.

Rusmisbruk, rusavhengig og narkoman er tre av mange ord som brukes til å beskrive en tilstand av bruk av substanser, både legale og illegale. Innen helsefag er det også stor spennvidde i hvilke ord som foretrekkes, men det blir mer og mer samlet mot avhengighetssyndrom og ruslidelse. I følge ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) er avhengighetssyndrom en rekke kognitive, atferdsmessige og fysiologiske fenomener som viser endring i adferd eller prioriteringer til den avhengige personen. Ruslidelse er samlebegrep for avhengighet, skadelig bruk og misbruk. Toleranse og hyperalgesi (lavere smerteterskel) er to mulige konsekvenser av langvarig opioidbruk (Danielsen, Berntzen & Almås 2016; Direktoratet for e-helse, 2017).

Pasienten vår er en gjennomsnittlig person i den overnevnte gruppen opioidavhengige, mann eller kvinne mellom 18-60 år gammel. Dette inkluderer også pasienter i LAR-programmet

(legemiddelassistert rehabilitering). Situasjonen er at pasienten er innlagt på somatisk sykehusavdeling for behandling av akutt skade, og at dette er første møte mellom pasient og sykepleier.

1.3 Avgrensninger.

LAR inkluderes for å øke pasientgruppens størrelse. Vi går ut ifra at denne pasientgruppen møter den samme stigmatiseringen og problemstillingene som rusmisbrukere. I tillegg er det trolig samme problematikk rundt det å gi optimal smertelindring grunnet toleranse. Vi velger å utelukke komplikasjoner som følge av sidemisbruk, som eksempelvis benzodiazepiner eller alkohol i kombinasjon med metadon eller subutex. Vi vil ikke gå nærmere inn på LAR-programmet eller detaljene i bruk av LAR-medikamenter som smertelindring.

Med avhengighet mener vi opioidavhengighet som følge av misbruk, ikke som følge av overbruk eller feilbruk av forskrevne medikamenter

Nedre aldersgrense er satt til 18 år fordi vi ikke ville inkludere barn og de andre instansene som involveres der. Den øvre grensen er satt for å unngå for mye komorbiditet forbundet med geriatri. Vi har også valgt å begrense tilstanden til akutte skader som er påført utenfra og ser bort fra eventuelle tilleggssykdommer, som eksempelvis depresjoner grunnet serotonins virkning på smertefysiologi. Vi har kun tatt utgangspunkt i akutte smerter og medikamentell smertebehandling.

1.4 Oppbygging.

Vi vil først gjennomgå teorien som ligger til grunn for temaet ved Kari Martinsens omsorgsteori, smertefysiologi og smertelindring, opioider, avhengighet og toleranseutvikling. Deretter tar vi for oss metoden vår, søkeprosessen og kildekritikk med påfølgende analyse av funn. Videre vil vi drøfte disse funnene opp mot teorien og egne erfaringer gjennom de tre hovedtemaene moralsk, relasjonell og praktisk sykepleie. Til slutt presenterer vi konklusjonen vår og avslutter med kildehenvisning og vedlegg.

2.0 TEORI

I teorien gir vi en redegjørelse for de teoretiske begrepene vi anser som relevante for å drøfte problemstillingen vår. Vi starter med begrepet sykepleie i lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi, deretter gir vi en kort redegjørelse på hvem pasienten er i oppgaven vår. Dette etterfølges av et kapittel om smerte, smertefysiologi og behandling samt kartlegging. Videre redegjør vi for hvordan opioider fungerer på kroppen, ulike preparater og effekten av langvarig bruk, som toleranse og avhengighet.

2.1 Sykepleie.

Norsk Sykepleierforbund definerer sykepleiens grunnlag som: «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert*» (NSF, 2011, s.7).

For å belyse hva sykepleie er har vi valgt å ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi og som har utviklet denne omsorgsfilosofien, som blant annet baserer seg på Løgstrups etiske fordring, gjennom et langt forfatterskap. Hun har i de seneste bøkene sine vektlagt det moralske aspektet ved sykepleie (Kristoffersen, 2011).

Vi valgte denne sykepleieteorien fordi Martinsen vektlegger tre aspekter ved sin omsorgsfilosofi som vi mener er sentrale i møte med pasienter: Omsorgens moralske side, omsorgens relasjonelle side og omsorgens praktiske side. Martinsen beskriver sykepleie som yrkesmessig omsorg, derfor velger vi å tolke hennes teori om omsorgsarbeid som en beskrivelse av sykepleie (Kristoffersen, 2011). Disse tre elementene blir vårt hovedfokus i beskrivelse av Martinsens omsorgsfilosofi.

Martinsen mener at det fundamentale i menneskers liv er relasjoner vi har med andre mennesker. Mennesket vil på et tidspunkt i løpet av livet, uavhengig av sykdom, være avhengig av et annet menneske, men at denne avhengigheten til andre trer tydelig frem når mennesket opplever sykdom eller skade. Martinsen vektlegger også i sitt menneskesyn at vi skal se mennesket i et fellesskap, og at uavhengig av status og utseende kan mennesket

oppleve situasjoner der det har behov for andres hjelp, og at dette er med på å skape likeverd og omsorg mellom mennesker når vi yter denne hjelpen overfor hverandre (Kristoffersen, 2011).

”Omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens” (Kristoffersen, 2011. s. 250). Martinsen skiller mellom to typer omsorg, balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Den balanserte gjensidigheten er en omsorgsrelasjon som kjennetegnes av et likeverdig forhold, hvor begge parter gir og mottar omsorg. Den uegennyttige gjensidigheten beskriver mer et sykepleie-pasient forhold hvor den ene parten yter omsorg til den andre uten å forvente omsorg tilbake (Kristoffersen, 2011).

2.1.1 Moralsk omsorg.

Martinsen mener at moralen vil være at sykepleier handler ut i fra hva som er til det beste for pasienten. Hun deler moralen i to sider, den primære moralen og den sekundære moralen. Den primære moralen består av den spontane og uegennyttige handlingen sykepleier gjør av barmhjertighet for pasienten. Mens den sekundære moralen bygger på normer og regler som samfunnet har skapt. Når den primære moralen og den spontane følelsen av at sykepleier ønsker å hjelpe pasienten ikke er tilstede, kommer den sekundære moralen inn i bildet. Dette kan oppstå i pasientsituasjoner der det er vanskelig å vurdere hvilke handlinger som er de riktige overfor pasienten, og i situasjoner der sykepleier handler ut i fra sine egne følelser. Martinsen vektlegger begge sider ved moralen. Det er viktig at sykepleier møter pasienten spontant og uten baktanker. Samtidig må sykepleier i enkelte situasjoner reflektere og ta avgjørelser ut i fra faglige vurderinger for å vurdere og utføre den riktige handlingen. Hun oppsummerer dette med at sykepleier må ta hensyn til den konkrete situasjon som pasienten og sykepleier befinner seg, og ikke basere seg på enten den ene eller den andre siden av det moralske aspektet (Kristoffersen, 2011).

2.1.2. Relasjonell omsorg.

Martinsen mener at den yrkesmessige omsorgen består av minst to personer hvor den ene parten er forpliktet til å hjelpe den andre som er i en ikke-selvhjulpne situasjon. Hun sier at det er viktig at omsorgsyteren, sykepleieren, er engasjert i pasientens situasjon og interesser for å kunne hjelpe pasienten på en måte som pasienten er best tjent med. Et annet viktig

moment som Martinsens vektlegger i yrkesmessig omsorg, er tillit. Pasienten vil automatisk plassere sin tillit i hendene til sykepleieren, og for å kunne bygge videre på et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, må sykepleier evne å imøtekomme pasientens forventninger og fortolke realiteten som pasienten befinner seg i og erfarer fra. Hvis pasienten føler seg ignorert eller oversett på sine forventninger vil denne tilliten bli ødelagt og et videre samarbeid blir preget av mistillit fra pasientens side overfor sykepleier. Spesielt dette relasjonelle aspektet av omsorgsteorien er bygget på K.E. Løgstrups filosofi. Han sier blant annet at mennesket er iboende tillitsfullt i møte med andre mennesker, og at man i den tilliten utleverer seg selv og gjør seg selv sårbar (Kristoffersen, 2011; Løgstrup, 1956/1999).

2.1.3 Praktisk omsorg.

Martinsens understreker at omsorg ikke kun er en fundamental holdning som sykepleier trenger i møte med pasienter, men at det også er en praktisk handling. Som sykepleier og medmenneske kan man relatere seg til ulike situasjoner som pasienten opplever, som eksempelvis smerte, siden det er noe alle mennesker opplever i løpet av livet. Dermed må sykepleier ha praktiske ferdigheter som kan dekke disse behovene hos pasienten. Det er ikke bare kunnskap som er basert på medmenneskelighet som er viktig i møte med pasienten, men også fagkunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Martinsen beskriver viktigheten av at sykepleier reflektere over situasjoner slik at den praktiske kunnskapen utvikles videre gjennom erfaringer. Denne kunnskapen er det Patricia Benner legger til grunn i sykepleiens utvikling av klinisk kompetanse, sammen med begrepsforståelse eller teoretisk kunnskap, som til sammen gjør at sykepleieren går fra novise til ekspert (Kristoffersen, 2011; Kristoffersen, 2011).

2.2 Pasienten.

I møte med mennesker som har rusproblemer er det essensielt å besitte høy etisk kompetanse. Dette er personer som kan befinne seg i sårbare situasjoner der fordommer og lite forståelse fra andre preger deres hverdag. Risikofaktorer i barndommen som ulike former av misbruk, omsorgssvikt og vold eller rus i hjemmet øker sannsynligheten for at en person blir rusavhengig senere i livet. Dette er også en pasientgruppe som er spesielt utsatt for en rekke sykdommer og tilstander som følge av rusmiddelet og måten rusmiddelet inntas, eksempelvis

smitte fra sprøyter. Det kan være en etisk utfordring for helsepersonell å sette seg inn i personens situasjon og prøve å forstå, og samtidig ikke fordømme pasientens adferd. Rusmisbrukere er ofte utsatt for å bli behandlet med lite respekt og omtanke fra omverdenen, og mange kan oppleve å ha lite makt i møte med helsevesenet. Det er derfor avgjørende at helsepersonell viser empati for pasientens situasjon, og bevarer pasientens verdighet ved å bekrefte deres verdi (Aakre & Biong, 2012; Dube et al., 2003; FHI, 2016).

2.3 Smerte.

Smerte er et sammensatt og flersidig område, og behandlingen av den krever en rekke kvaliteter og egenskaper hos sykepleier, som kunnskap og holdninger. Nedenfor vil vi se på hvordan smertelindringen baserer seg på den individuelle opplevelsen hos pasienten og smertens fysiologi. Når det da i tillegg er smertelindring rettet mot opioidavhengige pasienter, blir det flere faktorer som sykepleier må ta hensyn til, og inneha kunnskap om.

2.3.1 Smertens kompleksitet.

Hvordan smerte oppleves for den enkelte pasient kan baseres på smertens type og kvalitet samt hvorvidt det er akutte eller kroniske smerter. Akutte smerter kan innebære plutselig vevsskade, som for eksempel ved et benbrudd, men kroniske smerter vil vedvare over tid, som eksempelvis ved typiske ryggskader som prolaps. Videre kan opplevelsen påvirkes av pasientens tidligere erfaringer med smerte, kulturell eller sosial bakgrunn. En 20 år gammel jente som har kjempet mot kreft i hele sin barndom ville kanskje hatt en annen opplevelse og tilnærming til smerte, enn en gutt som brakk armen i en fotballkamp for første gang. Ola Nordmann med sin kulturelle og sosiale bakgrunn ville muligens håndtert smertene fra en hammer i tommelen på en annerledes måte enn en mann fra Somalia eksempelvis. I og med at smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse kan det være vanskelig for pasienten å formidle hvor sterke smertene er og hvordan det oppleves. Hvis sykepleier eller lege ikke oppfatter, eller tror på pasientens beskrivelse av smerte kan dette utløse følelser av håpløshet og ensomhet hos pasienten. Smerte har også et emosjonelt aspekt og kan gi psykososiale konsekvenser for pasienten hvis smertene ikke blir tatt hånd om av helsepersonellet (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud, 2014; Danielsen et al., 2016).

2.3.2 Smertefysiologi.

Smerte skiller seg ut fra de andre kroppslige sansene ved at den påvirker det autonome nervesystemer når kroppsvev er nær ved å bli ødelagt -og eller er ødelagt. Pasienten kan få økt blodtrykk, samtidig vil blodsirkulasjonen i huden reduseres og pasienten blir blek. Andre reaksjoner på smerte kan være hurtigere puls og økt respirasjonsfrekvens hos pasienten. På grunn av disse symptomene vil det være lettere for sykepleier å fange opp pasientens smerter og utføre tiltak rettet mot smertelindring, mens ved for eksempel kroniske smerter vil det ikke nødvendigvis oppstå slike symptomer, og pasienten er avhengig av at helsepersonellet tror på pasientens ord og beskrivelse av smerten (Danielsen et al.,2016; Sand et al., 2014).

Smerte kan deles inn i to ulike typer, nociseptive og nevrogene smerter. Nociseptiv smerte utløses ved stimuli av nociseptorer som befinner seg i nerveenden til smertefibrene. Disse fibrene går inn i ryggmargen hvor det dannes synapser med andre sensoriske nervefibre, deretter blir disse signalene ført videre opp til thalamus og til slutt blir signalene oppfattet som smerte i hjernebarken. Nociseptiv smerte kan igjen deles inn i somatisk og visceral type. Hvis pasienten har smerter i hud, skjelettmuskulatur eller ledd, er dette somatiske smerter. Ved smerter i innvollsorganer, er det snakk om viscerale smerter. Et eksempel på nevrogen smerte kan være isjiassmerter, som rammer ryggen. Denne type smerte oppstår når nerveimpulsene utløses andre steder i smertebanene enn ved nociseptiv smerte (Sand et al, 2014).

2.3.3 Kartlegging av smerter.

En viktig sykepleieroppgave vil være å kartlegge, dokumentere og vurdere smertene som pasienten opplever. Sykepleier må få en oversikt over hva slags type smerter pasienten opplever, og kartlegge blant annet smertenes lokalisering, intensitet, varighet og kvalitet. Dette kan kartlegges ved hjelp av smertevurderingsskjemaer og skalaer, som gir en systematisk og reel smertevurdering. En slik smerteskala kan være NRS (Numeric rating scale) eller VAS (Visuell Analog skala), der pasienten forteller hvor smertenivået ligger ut i fra en skala fra 0-10. Hvis pasienten ikke er i stand til å beskrive smertene må sykepleier bruke kliniske observasjoner i kartleggingen. Smerter kan oppleves som stressende for kroppen og en vil derfor kunne se endringer i atferd og vitale tegn, som økende puls og blodtrykk, eller annen ikke-verbal atferd som grimaser og uro hos pasienten (Danielsen et al, 2016). Kartlegging vil også innebære dokumentasjon av eventuell effekt eller manglende

effekt, av et medikament eller tiltak som er gjort for smertelindre. Ved å dokumentere blir det lettere for både lege og sykepleier å justere dosen av et medikament samt å se virkninger opp mot bivirkninger (Dahl & Skaug, 2011).

2.3.4 Smertelindring.

Hovedmålet for helsepersonell i møte med pasienter som har smerter er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, og unngå unødig lidelse. I tillegg er det viktig at helsepersonell har tilstrekkelig med kunnskap når det gjelder legemidlenes bivirkninger, kontraindikasjoner og hvordan smerter hos pasienten kan forebygges og behandles. Et gjensidig tillitsforhold mellom lege, sykepleier og pasient er essensielt og unnværlig i behandling av smerter.

Pasienten må stole på at helsepersonellet ønsker å hjelpe, og helsepersonellet må stole på pasientens beskrivelse av smerte. Et annet viktig moment vil være å inkludere pasienten i behandlingen av smerten. Dette kan gi pasienten en følelse av kontroll over egen situasjon, noe som videre kan gi pasienten trygghet. Hvis det er gjensidig tillit og respekt mellom pasient og behandlere vil dette bidra til en mer effektiv smertelindring (Danielsen et al, 2016).

WHOs smertetrapp er generelle anbefalinger for medikamentell smertebehandling ved akutte smerter. Den består av 3 trinn med ikke-opioide analgetika på laveste trinn, opioider ved svake/moderate smerter på andre trinn og opioider ved sterke smerter på tredje trinn. I praksis kan dette bety paracet eller NSAIDs på første trinn, paragin forte (svakt opioid) på andre trinn og morfin (sterkt opioid) på tredje (Danielsen et al, 2016; Medikamentell behandling, 2016). Et prinsipp for smertelindring ved bruk av opioider er å dosere etter behov og titrere seg opp til et nivå av smertefrihet (Sterke opioidagonister, 2016).

2.3.5 Opioider.

Opioider er stoffer som virker hemmende og stimulerende på opioidreseptorene δ (delta), κ (kappa), μ (my) og ORL1 i kroppen, primært i sentralnervesystemet. Kroppen produserer noen egne opioider, men vi vil hovedsakelig konsentrere oss om tilførte opioider i form av analgetika. Som smertelindring har opioider en tredelt effekt der de hemmer overføring av smerteimpulser i ryggmargen, det øker aktivitet i smertehemmende nervebaner i tillegg til at det endrer tolkningen av smertene i hjernebarken. Dette resulterer i at det er færre

smerteimpulser som ankommer hjernebarken og senere enn det ville gjort uten opioidpåvirkning. I tillegg til at impulsene ikke vil oppleves like sterke eller fjernere. Opioider omtales som sentralstimulerende grunnet sin virkning på sentralnervesystemet. På grunn av dette påvirkes kroppen i større grad enn kun ved bruk av analgesi gjennom ulike hemmende og stimulerende bivirkninger. De mest sentrale områdene som blir hemmet er respirasjonssenteret, hosterefleksen og gastrointestinaltraktusen gjennom hemming av sekresjon og peristaltikk. Videre stimuleres kvalmesenteret i kroppen og øynene i form av miose. Opioider har en noe vasodilaterende effekt som i kombinasjon med den sederende virkningen kan medføre ustøhet og kvalme (Slørdal & Rygnestad, 2013; Opioidanalgetika, 2016).

2.3.6 Eksempler på preparater.

Morfin er en sterk opioidagonist som hovedsakelig brukes ved sterke smerter. Det gis oftest i form av injeksjoner for best mulig opptak i kroppen. Dosebehov og respons varierer fra person til person, men hovedsakelig gis det små doser på 5-15 mg hver 4. time. Typiske bivirkninger er blant annet obstipasjon, sedasjon, nedsatt hosterefleks, eufori, miose og hallusinasjoner. Overdoser forekommer oftest i form av alvorlig respirasjonsdepresjon og hypotensjon, og i verste tilfelle sirkulasjonssvikt og koma (Sterke opioidagonister, 2016; Morfin, 2016).

Nalokson er spesifikk opioidantagonist som binder seg sterkere til opioidreseptorene i sentralnervesystemet enn både full- og partiell agonister. For opioidavhengige medfører inntak av Nalokson en risiko for å utvikle akutt abstinenssymptomer for opioider som eksempelvis magesmerter, diare, kvalme, influensasymptomer, muskel- og leddsmerter, mydriasis, angst, aggitasjon, og mild hypertensjon og tachykardi (Sevarino, 2017; Nalokson, 2015).

Buprenorfin er partielle opioidagonister som hovedsakelig binder seg til μ -reseptorene. At de er partielle agonister betyr i praksis at doseøkning over et visst punkt ikke vil gi økt effekt. Buprenorfin er i tillegg partiell antagonist noe som sammen med den agonistiske virkningen medfører at de depressive virkningene som respirasjonsdepresjon blir mindre enn ved totale agonister som morfin. Subutex og Suboxone er eksempler på henholdsvis

buprenorfinmedikament og buprenorfin-naloksonmedikament som brukes i substituasjonsbehandling (Buprenorfin, 2015; Buprenorfin-nalokson, 2016; Subutex, 2016).

Metadon er et analgetisk substitusjonsmedikament som brukes i legemiddelassisterte rehabiliteringsprogram (LAR) ved behandling av opioidavhengighet. Det binder seg hovedsakelig til my-reseptorer, men også litt til både delta- og kappa-reseptorer. Metadon har, i motsetning til Morfin, en relativt lang halveringstid som gjør at inntaket i utgangspunktet kan reduseres til 1 gang daglig. Abstinenssymptomer er som for opioider generelt men ofte noe svakere (Opioidanalgetika, 2016; Metadon, 2014).

2.3.7 Toleranse og avhengighet.

Toleranse er at mengden inntatt substans må økes for at ønskelig effekt oppnås. Det er da økt sannsynlighet for at abstinenser vil forekomme dersom opioidbruken brått avsluttes. Sentral sensitivisering er økt aktivitet i overføringen av smerteimpulser i ryggmargen og er sammen med hyperalgesi (lavere smerteterskel) to viktige bivirkninger av langvarig bruk av opioider (Strain, 2017; Arnold & Childers, 2017; Danielsen et al., 2016).

Som nevnt tidligere ansees avhengighetssyndrom til å være en samling fenomener som viser adferds- og prioriteringsendringer. Disse inkluderer sterk trang eller ønske om å innta stoffet, at inntaket av stoffet får økt prioritering i forhold til andre oppgaver eller aktiviteter, at inntaket fortsetter selv om det medfører skader eller negative konsekvenser, eller tilstedeværelse av fysisk abstinensstilstand eller toleranseutvikling. (Direktoratet for e-helse, 2017).

3.0 METODE

En metode er fremgangsmåten som benyttes for å innhente ny kunnskap og løse problemstillingen vi har i oppgaven (Dalland, 2014). Vi har valgt litteraturstudie som metode, som vil si at vi har samlet et utvalg av litteratur som skal gi en oversikt over forskningen som er blitt utført på problemstillingen vi har valgt. Denne type litteraturstudie går ikke systematisk igjennom all forskning som et systematisk litteraturstudie gjør, men ligner på *allmän litteraturoversikt* eller – *studie*, der litteraturen beskrives og analyseres (Thidemann, 2015). Vårt litteraturstudie er et lite studie med et bredspektret søk av artikler hvor vi til slutt endte opp med et utvalg av 7 artikler, der 4 artikler er forskning, 1 fagartikkel, et litteraturstudie og 1 artikkel i et oppslagsverk. Artikkene er både kvalitative og kvantitative, da vi var ute etter både resultater som inngår i prosenter og som kan tallfestes, men også beskrivelser og sitater av meninger og opplevelser (Dalland, 2014). Eksempelvis er artikkel 1 med Li, Undall, Andenæs & Nåden og artikkel 2 med Krokmyrdal & Andenæs kvantitative, mens artikkel 3 med Morgan og artikkel 4 med Morley, Briggs & Chumbley kvalitative. Alle artiklene som vi har valgt er peer-reviewed (fagfelleurdert), som vil si at artiklene er vurdert og godkjent av redaktøren for tidsskriftet, samt involvering av fageksperter (Thidemann, 2015). Alle artiklene er presentert som IMRAD i vedleggene.

3.1 Vår metode.

Vår metode startet med et manuelt søk på Google Scholar med søkeordene "smertelindring" og "rusmisbruk" for å få et overblikk over hva som er skrevet og forsket på innenfor emnet. Første resultatet i dette søket var artikkelen *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus* som vi senere valgte å bruke.

Videre kontaktet vi flere instanser som vi trodde hadde erfaringer med dette temaet og som kunne gi oss innspill til prosessen. Dataen som vi samlet inn etter å ha pratet med disse instansene vil anvendes i drøftingen som egne erfaringer fra praksis.

Tabell 1 Ekskluderings og inkluderingskriterier for søk

| | |
|-------------------------------|--|
| Ekskluderingskriterier | <ul style="list-style-type: none"> -Pediatri -Palliativ behandling -Kroniske smerter -Alkoholavhengighet -Artikler om risiko for utvikling av avhengighet |
| Inkluderingskriterier | <ul style="list-style-type: none"> -Skrevet i løpet av de siste 10 årene -Kvalitative artikler -Kvantitative artikler -Rusmisbruk |

Vi var nøye med hvilke databaser vi benyttet oss av for å finne forskningsartikler, da vi kun var ute etter artikler som var fagfellevurdert, da vi vet at disse artiklene er blitt godkjent og publisert som forskning.

Vi startet prosessen med å finne søkeord ved å søke på de norske ordene på ulike sider som gir MeSH-termer. Vi oppdaget raskt at disse ordene ikke nødvendigvis var like fra database til database. PICO skjemaet vi anvendte ble seende slik ut:

Tabell 2 PICO-skjema for søk

| | Patient/problem | Intervention | Comparrison | Outcome |
|---------|---|------------------------------|--------------------|----------------|
| Norsk | Opioidavhengighet Rusmisbruk | Analgesi Smertelindring | Ingen | ? |
| Engelsk | Substance abuse Opioid related disorders | Analgesia Pain management | Ingen | ? |

3.2 Søkeprosess.

PICO-skjemaet ble veiledende i søkeprosessen og vi endte opp med å anvende mange ulike varianter av skjemaet for å få best resultat. Vi anvendte inkluderings- og ekskluderingskriteriene som vi hadde satt opp tidligere og la til flere eksklusjonskriterier som

gjorde seg gjeldende under søkeprosessen. Disse kriteriene er opioidoverforbruk, opioidfeilbruk, "opioidkrise" og kreftsmertner. Vi prøvde å anvende flere av kriteriene i søkemotorene, men opplevde at dette av ulike grunner ikke fungerte tilfredsstillende og endte derfor opp med å ekskludere mye manuelt, på tross av at dette ga oss flere artikler å gå gjennom. Vi valgte også bevisst å ikke utelukkende søke på artikler som omhandlet sykepleie fordi vi var interessert i å finne ut av om det fantes flere aspekter av saken, eksempelvis psykologi eller patologi. Da vi lette etter relevante MeSH-termer å bruke, søkte vi blant annet på SweMed+ og fikk ingen treff. Vi trakk deretter slutningen om at sannsynligheten for å finne flere norske artikler var liten og gikk derfor raskt videre til internasjonale databaser. Flere av artiklene fant vi i flere databaser. Tabellen brukt for å presentere søkene er hentet fra Thidemann, s. 89 (2015)

Tabell 3 Søk i Medline (Pubmed)

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------------|---------------|---|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 23.03.17 | 1 | Substance abuse AND Pain management AND Nursing | 76 | 17 | 4 | 1 |
| 25.03.17 | 2 | Substance abusers AND pain relief | 17 | 1 | 1 | 1 |
| 25.03.17 | | Acute pain OR pain management AND opioid use disorder AND nursing care | 175 | 3 | 2 | 1 |

Tabell 4 Søk i Medline (Ovid)

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------------|---------------|--|--------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 24.03.17 | 1 | Substance abuse (substance related disorders explode, incl. all subheadings AND Pain management explode, incl. all subheadings | 417 | 23 | 11 | 4 |

Tabell 5 Søk i Cochrane Library

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------------|---------------|---|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 26.03.17 | 1 | Substance abuse AND Pain management | 48 | 0 | 0 | 0 |
| 26.03.17 | 2 | Opioid use disorder AND Pain management | 153 | 0 | 0 | 0 |

Tabell 6 Søk i Google Scholar

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert |
|-----------------|---------------|------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 22.03.17 | 1 | Smertelindring og rusmisbruk | 167 | 1 | 1 | 1 |

Tabell 7 Søk i Cinahl

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert |
|----------|--------|--|-------|----------------|----------------|--------------------|
| 25.03.17 | 1 | Substance abuse AND pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction | 3 | 1 | 1 | 0 |
| 25.03.17 | 2 | Analgesic opioid OR pain management AND Substance abuse | 551 | 15 | 11 | 0 |

Tabell 8 Søk i Helsebibliotekets søkepyramide

| Dato | Søk nr | Søkeord | Treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert |
|----------|--------|-------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|--------------------|
| 28.03.17 | 1 | Substance abuse AND pain management | 52 (i UpToDate) | 1 | 1 | 1 |

Utvelgelsen av artiklene skjedde i flere omganger. Det startet i søkene med overskriften og om den samsvarte med problemstillingen. Stemte det gikk vi videre med å lese abstraktet med spesielt fokus på metoden. Vi satt med 17 artikler som vi skumleste gjennom og kuttet ned til 12 på bakgrunn av relevansen. Derfra gikk vi nøye gjennom metodedelene på de aktuelle artiklene og kuttet videre ned på bakgrunn av størrelse på forskningen og utelukket pilotprosjekter, og endte opp med 7 artikler til slutt.

Tabell 9 Søkehistorikk

| Art. nr | Forfatter(e) | År, tidsskrift, land | Tittel | Metode | Etiske over-veielser |
|----------------|--|--|--|---|-----------------------------|
| 1 | Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs & Dagfinn Nåden | 2012, Sykepleien Forskning, Norge | Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus | Beskrivende tverrsnittsdesign, kvantitativ | Ja |
| 2 | Kurt A. Krokmyrdal & Randi Andenæs | 2015, Nurses Education Today, Norge | Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction | Beskrivende tverrsnittsdesign, kvantitativ | Ja |
| 3 | Betty D. Morgan | 2006, Pain Management Nursing, USA | Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief | Grounded theory, kvalitativ | Ja |
| 4 | Georgina Morley, Emma Briggs & Gillian Chumbley | 2015, Pain Management Nursing, Storbritannia | Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain | Beskrivende fenomenologisk-design, kvalitativ | Ja |
| 5 | Zoe Paschkis & Mertie L. Potter | 2015, American Journal of Nursing, USA | Acute pain management for inpatients with opioid use disorder | Litteraturstudie | Nei |

| | | | | | |
|---|---|--|--|-----------------------|-----|
| 6 | June Oliver, Candace Coggins, Peggy Compton, Susan Hagan, Deborah Matteliano, Marsha Stanton, Barbara St. Marie, Stephen Strobbe & Helen N. Turner | 2012, Journal of Addictions Nursing, USA | American society of for pain management nursing position statement:Pain management in patients with substance use disorder | Position statement | Ja |
| 7 | Robert M. Arnold & Julie W. Childers | 2017, UpToDate | Management of acute pain in the patient chronically using opioids | Oppslagsverk | Nei |

3.3 Kildekritikk.

I kildekritikken har vi blant annet sett på størrelsen på studiene, metode, opprinnelsesland, størrelse på utvalg og utgivelsesår. Dette er en del av kvalitetssikringsprosessen der vi forsikrer oss om at dataen vi bruker er oppdatert, relevant og troverdig.

3.3.1 Artikkel 1 – Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.

Av Li, Undall, Andenæs & Nåden

De to mest positive egenskapene ved denne artikkelen er at den er norsk og at det er et stort utvalg respondenter fra fire helseregioner (312 personer, hvorav 274 var sykepleiere). En

svakhet i denne studien er at spørreskjemaene er selvutviklet, og er ikke validert eller testet ut i andre studier, i tillegg er holdninger et aspekt som er vanskelig å måle ved en kvantitativ studie. Et annet moment er at det både er leger og sykepleiere som er spurt, men det kommer likevel godt fram i artikkelen hvilken yrkesgruppe som svarer. Måten vi fant artikkelen på var ikke gjennom et systematisk søk, og vi forsikret oss derfor om at Sykepleien forskning publiserer fagfelleverderte artikler (Li et al., 2012).

3.3.2 Artikkel 2 – Sykepleiers kompetanse innen smertelindring av opioidavhengige.

Av Krokmyrdal & Andenæs

Denne artikkelen har også et ganske stort utvalg med 98 besvarelser og er i tillegg norsk. Vi anser det slik at 98 norske sykepleiere er mange tatt i betraktning hvor få innbyggere Norge i har i forhold til eksempelvis USA. Et negativt aspekt ved artikkelen er at utvalget er hentet fra kun 2 sykehus på Vest-Norge, noe som gir det et lite demografisk område. Det kan tenkes at dette kan gi et falskt positivt eller negativt syn på temaet, i forhold til den gjennomsnittlige holdningen i hele landet. Men i og med at utvalget er stort og har gjennomsnittlig alder og arbeidserfaring på henholdsvis 30,5 og 5 år, anser vi den sannsynligheten for svært lav (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

3.3.3 Artikkel 3 – Hvordan spille spillet/Rusavhengiges strategier for å bli smertelindret.

Av Morgan

Denne artikkelen er den som gir best bilde av pasientens perspektiv. Modellen som presenteres er kanskje litt uklar, men sitatene som er brukt gir mye innsikt. Negative aspekter ved studiet er at utvalget er relativt lite og med overhengende andel menn (18-4). Artikkelen er også over 10 år gammel og innholdet kan derfor være utdatert. Like fullt er dette en av de hyppigst siterte artiklene innen feltet ut fra de artiklene vi har lest så langt (Morgan, 2006).

3.3.4 Artikkel 4 – Sykepleiers erfaring med rusavhengige med smerter.

Av Morley, Briggs & Chumbley

Dette er en veldig liten, fenomenologisk studie. Det var kun 5 deltakere, alle kvinner fra samme område i Storbritannia. I og med at det er fenomenologisk studie fokuserer det på

følelser og opplevelser, i stedet for en mer nøyaktig gjengivelse av en hendelse og synspunkt framstilt er derfor ikke nødvendigvis gjeldende for alle sykepleiere (Morley et al., 2015).

3.3.5 Artikkel 5 – Akutt smertelindring hos pasienter med rusavhengighet.

Av Paschkis & Potter

Dette er en litteraturstudie publisert i American Journal of Nursing som vi fra tidligere kjenner som et vel ansett og troverdig tidsskrift. Det er ikke en systematisk litteraturoversikt, men har like fullt gjennomgått 54 artikler. Siden det ikke er systematisk oversikt kan vi ikke være sikre om at forhold som presenteres her er sett fra alle vinkler. Samtidig er artiklene avgrenset til fagfelleverderte (Paschkis & Potter, 2015).

3.3.6 Artikkel 6 – Formell uttalelse om smertelindring til rusmisbrukere.

Av Oliver, Coggins, Compton, Hagan, Matteliano, Stanton, St. Marie, Strobbe & Turner.

Denne uttalelsen baserer seg på nyere forskning og gir en veldig tydelig mening om hvordan smertelindring bør foregå. Det er en *position statement*, altså en uttalelse, og har derfor ikke en egen metode. Den gir en oppskrift, men ikke detaljer om verken opplevelser eller tanker. Vi inkluderte denne artikkelen hovedsakelig fordi den gir et utvetydig bilde av det som ellers kan sees som etikk, at helsepersonell ikke må la stigma og misoppfattelse hindre et helhetlig helsetilbud (Oliver et al., 2012).

3.3.7 Artikkel 7 – Behandling av akutte smerter hos kroniske opioidbrukere.

Av Arnold & Childers

Denne artikkelen fikk høyeste utslag på helsebibliotekets søkepyramide. For oss var dette en ressurs vi ikke hadde kjennskap til fra før, og vi måtte derfor lese oss opp på den. Vi var også i kontakt med skolens bibliotek for å få bekreftet sidens validitet. På lik linje med artikkel 6 gir denne en oppskrift og ikke dypere tanker og oppfatninger (Arnold & Childers, 2017).

3.3.8 Etiske overveielser.

Vi har sett på hvorvidt artiklene vi har brukt har gjort rede for etiske overveielser og alle bortsett fra litteraturstudiet og oppslagsartikkelen har gjort det. De fleste artiklene gjør rede for hvordan de har tatt etikken med i betraktning, som eksempelvis godkjenning av etikkråd, eller ivaretagelse av intervjuobjektets identitet. Der pasienter er intervjuet har disse først gitt samtykke til sykepleiere før intervjupersonene ble introdusert. Vi har valgt å ikke se på artiklene som ligger til grunn for disse to artiklene som ikke har redegjort for etikken siden de er fagfellevurdert, og vi forutsetter at de har en viss etisk overveielse i bunn.

4.0 FUNN

I fremlegg av funnene trekker vi ut momenter fra artiklene som vi kan bruke til å besvare problemstillingen vår, og ser dem i lys av Kari Martinsens relasjonelle, moralske og praktiske sider ved sykepleien. Dette er en analyse av funnene, og artiklene er presentert mer detaljert i vedleggene.

4.1 Moralsk.

Alle de 7 artiklene poengterer at holdninger blant sykepleiere og leger har en innvirkning på hvorvidt opioidavhengige mottar optimal smertelindring. Det kommer frem i eksempler fra artikkelen til Morgan (2006) og litteraturstudiet til Paschkis & Potter (2015) at pasientene har blitt fortalt av sykepleierne at deres rusmisbruk er selvforskyldt, eller at avhengigheten er et valg. Derimot i Oliver et al. (2012) og Arnold & Childers (2017) understrekes viktigheten av at helsepersonell anerkjenner diagnosen opioidavhengighet.

I det fenomenologiske studiet til Morley et al. (2015) ble sykepleiere intervjuet angående deres erfaringer og opplevelser med opioidavhengige pasienter i smerter og ordet "vanskelig" ble nevnt av samtlige deltakere opptil flere ganger. De sa selv at de ikke likte å bruke dette ordet for å beskrive møtet med denne pasientgruppen, men i mangel på en bedre beskrivelse, var det dette ordet som ble brukt. De forklarer videre at pasientene ikke var samarbeidsvillig, og ønsket ikke å delta i daglige gjøremål, som for eksempel stell. Pasientene ble blant annet beskrevet som aggressive, manipulerende og utfordrende, og var kun ute etter påfyll av smertestillende. Til tross for at sykepleierne generaliserte pasientene i samme gruppe som vanskelige og lite samarbeidsvillige, mente de at enhver pasient med rusmisbruk som hadde smerter var forskjellige, og skulle bli behandlet individuelt.

Pasientene som ble intervjuet i Morgans artikkel hadde utarbeidet seg forskjellige strategier som de benyttet seg av i møte med helsepersonell. Eksempler som: *"I'm biting my tongue. I don't bother them. I only bother them for my pain medicine and that's it. I try to be nice. I always say thank you, please, you know..."* (Morgan, 2006, s. 37). Majoriteten av deltakerne hadde opplevd minst en gang at de måtte vente i lang tid før de mottok smertestillende medisiner som de hadde spurt etter, og ofte tok det lengre tid på grunn av at de var

rusmisbrukere. "*I feel like if I make waves, they`re just going to make me wait even longer (for medications)*" (Morgan, 2006, s. 37). Disse strategiene ble utarbeidet etter negative møter med helsepersonell tidligere, og i håp om at de skulle bli smertelindret raskere.

4.2 Relasjonell.

Pasientene som ble intervjuet i Morgan (2006) understreket hvor viktig det var for dem å bli trodd angående deres smertebeskrivelse, og at når de sier at de har smerter, så har de smerter. I artikkelen til Li et al. (2012) kommer det frem av spørreundersøkelsen at et mindretall av legene og sykepleierne, henholdsvis 26,3 % og 20,8 %, trodde på pasientens formidling av smerte. Flertallet (56,1 %) av sykepleierne og en 15,8 % av legene oppgav at de følte seg manipulert av pasienten. Over halvparten av sykepleierne i artikkelen til Krokmyrdal og Andenæs (2015) trodde heller ikke på pasientens beskrivelse av smerte. Dette bekreftes av pasientene i Morgans artikkel (2006) hvor pasientene forteller om opplevelser der helsepersonell beskylder pasientene for å lyve om deres beskrivelse av smerte, og påstår at pasientene kun er ute etter å ruse seg.

4.3 Praktisk.

Kunnskap er et sentralt begrep som blir adressert i samtlige artikler. Både sykepleiernes og legenes kunnskapsnivåer angående smertelindring til rusmisbrukere kommer frem i Li et al. (2012). På en skala fra 1-5 for egenvurdert kunnskap ligger sykepleiere gjennomsnittlig på 2,16 og leger på 3. Her vises det at kun litt over halvparten av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom, samt 45,3% av respondentene oppgav at de ikke visste om langvarig bruk av opioider fører til overfølsomhet for smerte. Det var derimot en høy prosentandel som var enige i påstanden om at opioidavhengige har en økt toleranse for opioider, noe som også kommer frem i artiklene til Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Morley et al. (2015). Ifølge Li et al. (2012) mottar ikke opioidavhengige mer analgetika enn andre inneliggende pasienter, til tross for kunnskapen om at opioidavhengige har en økt toleranse, og dermed et økt behov. Krokmyrdal & Andenæs (2015) og Morley et al. (2015) påpeker i tillegg at de ikke mener sykepleieutdanningen i seg selv gir tilstrekkelig kunnskap når det gjelder behandling av opioidavhengige, hvor 89,8 prosent i Krokmyrdal & Andenæs (2015) sier at utdanningen ga ingen, og eller lite kunnskap om dette.

I Morley et al. (2015) var det kun 1 av 5 som hadde kunnskap om hyperalgesi, som da i tillegg var spesialist innen feltet. De mest erfarne deltakerne studiet understreket at erfaring med denne pasientgruppen gjorde at smertebehandlingen ble håndtert bedre. Deres oppfatning var at både sykepleiere og leger med lite erfaring fra denne pasientgruppen manglet trygghetsfølelsen ved å gi store nok doser med opioider til pasienten, eller syntes det var ukomfortabelt. Det viser seg derimot at opioidavhengige har lavere risiko for å utvikle respirasjonsdepresjon enn pasienter som ikke er avhengige av opioider ifølge Paschkis & Potter (2015).

Kartlegging av pasientens rusmisbruk var også et aspekt som både Li et al. (2012), Oliver et al. (2012) og Arnold & Childers (2017) tar opp som essensielt for å kunne smertelindre pasienten optimalt. Kun 38 % av respondentene i Li et al. (2012) oppgav at de kartla pasientens rusmisbruk, hvor legene kartla oftere enn sykepleierne. Et mindretall på 23,2 % svarte at de anvendte smertekartleggingsverktøy ofte, mens 52 % anvendte det aldri.

Fra dette kapitlet tar vi med oss disse overskriftene som vi vil drøfte videre: Holdninger innunder sykepleiens moralske aspekt, tillit og gjensidig respekt under sykepleiens relasjonelle aspekt, og til slutt kunnskap, erfaring og kartlegging under sykepleiens praktiske aspekt.

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil vi drøfte funn fra artiklene opp mot teori og egne erfaringer for å svare på hvordan sykepleier kan forsikre seg om at opioidavhengige pasienter er optimalt smertelindret. Vi har valgt å se disse momentene i lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi med sykepleiens moralske, relasjonelle og praktiske side. Underoverskriftene representerer de momentene vi har trukket ut fra funnene som vi ser på som viktig for å kunne belyse problemstillingen.

5.1 Sykepleiens moralske side.

I denne oppgaven ser vi at samtlige artikler beskriver holdninger som et moment som kan true og skape barrierer for å sikre optimal smertelindring til opioidavhengige pasienter. Pasienter med ruslidelser er ofte utsatt for fordommer og lite forståelse for deres livssituasjon i møte med andre mennesker (Aakre & Biong, 2012). "*I (feel) totally disrespected. They'll look at you and make a face.*"(Morgan, 2006, s.37).

5.1.1 Holdninger.

Negative holdninger til rusmisbrukere kan sees og påvirkes i mange ulike plattformer som eksempelvis media. Det er ikke uvanlig å lese på nettet i kommentarfelt at mange mener at rusmisbrukere kan takke seg selv, og at det ikke er synd på dem hvis de havner utfor en ulykke som er relatert til deres rusmisbruk. Det blir ikke spart på nedsettende kommentarer på deres livssituasjon, og mange påpeker at staten bruker masse penger til rusbehandling, som går på bekostning av pengestøtten som potensielt kunne blitt brukt på kreftforskning og reddet uskyldige barn. Holdningene kan også påvirkes ved at vi er vant med å se rusmisbrukere tigge på gata i skitne klær og uten tenner, i tillegg til at vi ser på fiktive sykehus tv-serier der en uskyldig manns liv står i fare for å bli smittet av HIV fordi en rusmisbruker har bitt han uprovosert. Sykepleiere er også vanlige mennesker, med egne personlige meninger og holdninger ut i fra deres livssyn, og som dermed kan påvirke deres handlinger mot opioidavhengige som oppsøker helsevesenet.

I følge Martinsen består det moralske aspektet ved sykepleie av to sider; den primære og den sekundære. I møte med pasienter som er opioidavhengige kan sykepleierens primære moral, den spontane følelsen av å ville hjelpe pasienten av barmhjertighet, bli satt på prøve hvis sykepleier har negative holdninger til rusmisbrukere (Kristoffersen, 2011). Det vil bli utfordrende å sikre optimal smertelindring hvis vi som sykepleiere tillater våre egne meninger om pasientenes livssituasjon ta del i hvordan vi behandler pasienten, spesielt hvis vi i utgangspunktet ser på dem som løgnere og manipulerende, som over halvparten av sykepleierne i Li et al. (2012) svarte i spørreundersøkelsen. Den sekundære moralen er basert på normer og regler som samfunnet har skapt, og det er den som sikrer at sykepleiere skal behandle alle pasienter på lik linje, med samme mengde respekt uten å la egne meninger komme til syne (Kristoffersen, 2011). Dette er også hovedkonklusjonen i Oliver et al, 2012, der de vektlegger hvor essensielt det er at behandlingen av opioidavhengige skal være respektfull og med verdighet, samt av samme kvalitet som gis til andre pasienter.

Det var urovekkende å lese «*Knowing how to play the game*» (Morgan, 2006), hvor pasientene beskriver egne erfaringer i møte med helsepersonell. Her kommer det tydelig frem fra pasientenes beskrivelser at det potensielt er mange sykepleiere som har vanskeligheter med å opprettholde den primære moralen når de skal behandle pasienter med ruslidelse. Pasientene forteller at sykepleiere har sagt rett ut til dem at de lyver om deres smerter, og at de kun er ute etter rus eller et sted å oppholde seg. De har også fått høre at deres rusmisbruk er selvforskyldt, og at de kan takke seg selv for at de er havnet i denne situasjonen. En undersøkelse fra fire helseregioner i Norge viser at litt under halvparten av sykepleierne ikke var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom (Li, et al. 2012). Det ble ikke utdypet hvorvidt disse sykepleierne mente at rusavhengigheten er selvforskyldt eller om det var andre årsaker som lå til grunn.

Hvorfor er det slik at disse sykepleierne ikke anerkjenner diagnosen, og eventuelt hva skyldes det? En kan jo tenke seg at denne oppfatningen har hatt sin rot i det faktum at pasientene selv har frivillig satt en sprøyte heroin i armen, eller innta store mengder Morfin. Det kanskje mange ikke tenker over er at det et rusmisbruk ofte har en underliggende årsak, som eksempelvis barndomstraume eller omsorgssvikt (Dube et al., 2003). Denne underliggende

årsaken kan gi rusmisbrukere en "god grunn" til å ruse seg, at man da fordeler skyldspørsmålet fra pasienten til en eventuell overgriper, som gjør at vi står "fri" til å sympatisere med pasienten. Det kan virke som at idet vi blir kjent med den underliggende årsaken, så er det plutselig mer akseptabelt at pasienten ruser seg. Det kan være en måte å omgå sin egen primærmoral. Men så er det også et tankekors at vi egentlig ikke skulle hatt et behov for å omgå denne moralen. Kari Martinsen sier at vi skal legge fra oss egne meninger og fordømmer utenfor døra, før vi går inn og møter pasienten der vedkommende er, spontant og uten baktanker (Kristoffersen, 2011). Men en kan derfra gjøre seg en erfaring og ta med sympatien videre til neste pasient.

Ifølge Oliver et al. og Arnold & Childers er det viktig at helsepersonell anerkjenner opioidavhengighet som en diagnose. Vår oppfatning er at med en diagnose så vil det følge visse rettigheter knyttet til behandling av den enkelte diagnose. En kan stille spørsmål ved de ulike titlene man gir til denne pasientgruppen. Et eksempel er ordet rusmisbruker som på folkemunne er et negativt ladet ord og at dette kan muligens ha en påvirkning på hvilke holdninger vi har til personer med en ruslidelse. Dette ser vi i Morley et al. (2015). der sykepleierne generaliserer opioidavhengige pasienter og beskriver dem som en gruppe vanskelige, aggressive og lite samarbeidsvillige pasienter. Samtidig snakker de om stigmaet som ligger i deres ordvalg og beklager dette, men i mangel på en bedre beskrivelse var det disse ordene som ble brukt.

5.2 Sykepleiens relasjonelle side.

Vår opplevelse er at denne pasientgruppen ofte står alene i møte med helsevesenet, uten pårørende som kan stå opp for dem og underbygge pasientens smerteforbidling. Når man da befinner seg alene og på et ukjent sted, vil pasienten være helt og holdent avhengig av et samarbeid med sykepleieren som er bygget på gjensidig tillit og respekt (Danielsen et al., 2016; Kristoffersen, 2011).

5.2.1 Tillit.

" You can tell when someone believes you and you can tell when someone is pegging you, you can tell by the way they look at you. I know, they have their doubts"(Morgan, 2006, s.36).

Tillit er et fenomen som enten kan bygge mange broer eller rive dem ned, og som både kan være skummelt, men også en lettelse. For noen av pasientene i Morgan (2006) var tillit så viktig at den til og med hadde en lindrende effekt. Det gjør litt vondt å lese, at når sykepleier eller lege trodde på deres smerteforbidling, og ikke mistenkte dem eller beskyldte dem for å lyve, så gav det litt smertelindring i seg selv. Løgstrup sier at det ligger i menneskets natur å vise tillit, og samtidig blottstille seg selv. Idet du strekker ut hånden til en annen person er du automatisk sårbar for avvisning, uavhengig av utfallet (Løgstrup 1956/1999). De aller fleste mennesker kan vel si seg enig i at uansett omstendighet, så er det ingen god følelse å ikke bli trodd på ens ord, og da spesielt ikke når man opplever fysiske smerter i tillegg. Som Martinsen beskriver, så befinner pasienten seg i en sårbar situasjon der vedkommende er avhengig av at sykepleier ønsker å hjelpe og lindre smertene (Kristoffersen, 2011). I behandling av smerte er et gjensidig tillitsforhold mellom pasient, sykepleier og lege essensielt, og det er vår oppgave å tilrettelegge for dette tillitsforholdet (Danielsen et al., 2016). Dette sier seg selv, da pasienten befinner seg på vår hjemmebane eller utenfor sin kontekst og er i en sårbar situasjon hvor hjelpen er helt nødvendig. Det er vanskelig å tenke seg hvordan det må føles å ikke bli trodd av en person du er avhengig av.

Et av de mest spennende resultatene vi fant i studiet er den store andelen helsepersonell som ikke tror på pasientens smerteforbidling, noe som reflekterer tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Li et al. (2012) sier at kun 1 av 5 sykepleiere tror på pasientens beskrivelse av egne smerter, mens i Krokmyrdal og Andenæs (2015) viser resultatene at det var 2 av 5 som trodde på pasientens forbidling av smerte. Selv om dette er høye tall som viser til et tillitsbrudd mellom partene, ser vi at holdningene utvikler seg i en positiv retning. Dette har vi også sett i diskusjonstråder på nettet angående en tv-serie som TV 2 lanserte for et par år siden, der programmet omhandler rusmisbrukere i Oslos gater. Det har nesten utelukkende vært gode tilbakemeldinger fra det norske folk, noe som kan tyde på at serien har åpnet øynene til veldig mange og muligens endret en del holdninger som tidligere var negative. Det kan tyde på at når vi blir bedre kjent med personene som har en ruslidelse og får et innblikk i både tanker, liv og årsaker, så forsvinner noen av fordommene.

Til tross for at funn viser at mange av pasientene opplever mistillit og mistenkeliggjøring av deres smerteforbidling, må man ta høyde for at det faktisk er enkelte opioidavhengige som oppsøker helsevesenet i håp om å få gratis rus, og ikke nødvendigvis har behov for medikamentell smertelindring. Det kan jo tenkes at slike hendelser er med på å skape dette bildet av at opioidavhengige kan være manipulerende og lyver i smerteforbidlingen, som vi ser et stort antall av sykepleierne i Li et al, (2012) hadde inntrykk av. Vi har erfart at til tross for at en avdeling har kjennskap til enkelte rusmisbrukere som gjentagende oppsøker deres klinikk for å potensielt skaffe seg gratis rus, avfeier de ikke deres smerteforbidling selv om de har mistanker om at det ikke er behov for smertelindring. Sykepleierne tok dem på ordet og utførte tester samt kartla pasientens behov for helsehjelp, og hvis det da viste seg at pasienten tilsynelatende ikke hadde behov for smertelindring ble de sendt hjem uten medikamentell behandling. De lar derfor tvilen komme pasienten til gode, og utfører en rekke prosedyrer for å forsikre seg om at pasienten får mulighet til å fremme sin sak, samtidig som sykepleier får vurdert situasjonen.

5.2.2 Gjensidig respekt.

Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiers grunnlag er verdighet og respekt for enkeltmennesket (NSF, 2011). Å være respektert kan blant annet bety å være sett og hørt, et moment som pasientgruppen vår ikke alltid opplever i møte med helsevesenet (Aakre & Biong, 2012). Som vi ser i Morgan (2006), så sier pasientene at de alltid starter strategien sin med spørsmålet om de er respektert eller ikke. Opplever de å ikke være respektert, baserer strategien seg på å blidgjøre og å spørre pent for å få smertelindring. "*I bite my tongue... I always say thank you, please...*" (Morgan, 2006, s.37). Våre yrkesetiske retningslinjer sier også at vi skal fremme pasientens integritet og verdighet, noe som strider med bildet av pasienten som må be på sine knær for å få medisinene vedkommende har behov for (NSF, 2011). I følge Martinsen er det særdeles viktig for pasienten at sykepleier viser empati ved å sette seg inn i den realiteten som pasienten befinner seg i og se vedkommende sine behov. Det kreves ikke at sykepleier nødvendigvis sympatiserer med pasienten, det er ikke rusmisbruket som er fokus, det er empati ved smertene (Kristoffersen, 2011).

I *Knowing how to play the game* (2006) leser vi at pasientene har fått høre av sykepleierne at det ikke ser ut som om de har smerter, og dermed betviler deres formidling basert på pasientens atferd. Dette fremmer for oss spørsmålet om hvordan smerte ser ut? Typiske vitale tegn på smerter er økt puls, økt blodtrykk og økt respirasjonsfrekvens, men basert på utsagnet over tenker vi at sykepleier glemmer det faktum at smerte også er en individuell sanseopplevelse, som ikke nødvendigvis gir utslag på vitale tegn (Danielsen et al, 2016). Det er selvsagt forskjell på en pasient som sier at vedkommende har en VAS skår på 10, samtidig som han står i mottaket og danser, til sammenligning av en pasient som sier at han opplever smerten som en 8 på VAS, og som ligger i fosterstilling og gråter, men det er ikke dermed sagt at den ene lyver og den andre har rett. Ikke alle pasienter får nødvendigvis utfall på sine vitale tegn som puls og blodtrykk når de har smerter, og for opioidavhengige kan symptomene i tillegg maskeres bak underliggende rus eller abstinenser. Opioider vil kunne motvirke den økte pulsen gjennom respirasjonshemming, motvirke det økte blodtrykket gjennom vasodilatasjonen (Slørdal & Rygnestad, 2013; Opioidanalgetika, 2016).

Morgan (2006) sier at pasientene vet når sykepleieren ikke har kunnskap nok, og det kan forekomme at sykepleier kanskje ikke har den nødvendige kunnskapen om smertelindring til en pasient som er opioidavhengig. Dette ser vi i studiet til Krokmyrdal & Andenæs (2015), der 89,8% mente at grunnutdanningen i sykepleie ikke gir tryggheten som behøves for å håndtere en slik situasjon. I situasjoner der sykepleier føler at kunnskapen ikke er tilstrekkelig kan vedkommende forhøre seg med den ansvarlige legen én gang til om dosen er riktig, eller få tak i en kollega som kan bistå med den medikamentelle behandlingen. Dette er kvalitetssikring og vil kunne gi trygghet i administreringen. Yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert, og dette innebærer å være bevisst egne begrensninger, med tanke på både kunnskap og erfaringer (NSF, 2011).

5.3 Sykepleiens praktiske side.

Kunnskap er et gjennomgående tema i samtlige artikler vi har brukt i oppgaven. Vi har erfart fra praksis at sykepleiere har administrert metadon til en pasient, uten å vite at dette er et substitusjonspreparat for opioidavhengige og pasienter i LAR-program. Da vi spurte om det var en inneliggende LAR pasient, ristet sykepleierne på hodet og sa at dette var et

smertelindrende preparat, på lik linje med morfin eller Ketorax. Samtidig har vi opplevd at på bakgrunn av sykepleiers kunnskap om metadon preparatet fikk en LAR pasient forskrevet en type opioid som var mild mot mage-tarm kanalen som da gjorde at pasienten unngikk forstoppelse på toppen av smertene. Dette er eksempler som viser variasjon i kunnskap omkring opioider og opioidavhengighet. Vi ser i funn fra artiklene at kunnskap, sammen med erfaring og kartlegging gir et godt grunnlag for å kunne gi adekvat og god behandling (Arnold & Childers, 2017; Li et al., 2012; Oliver et al., 2012).

5.3.1 Kunnskap

For å kunne gi adekvat smertebehandling til opioidavhengige pasienter må sykepleier ha kunnskap om de fysiologiske og nevropsykologiske endringene hos pasienter med langvarig opioidmisbruk (Arnold & Childers, 2017; Li et al., 2012). Det er derfor oppsiktsvekkende at Krokmyrdal & Andenæs (2015) viser til at nesten 90 % av deltakerne mener sykepleierutdanningen ga lite eller ingen kunnskap om dette emnet. I vårt pensum er det ikke mange referanser til toleranse, og kun én referanse til hyperalgesi (Danielsen et al., 2016). Folkehelseinstituttet estimerer at det er rundt 9000 opioidavhengige i Norge i tillegg til brukere i LAR-programmet. Dette medfører en økt sannsynlighet for å møte denne pasientgruppen, med tanke på den økte risikoen for sykdom og skade som følge av opioidmisbruket (FHI, 2016; Skretting et al., 2016).

Toleranse er et av kriteriene for diagnosen avhengighet og ut fra vår erfaring et anerkjent fenomen (Direktoratet for e-helse, 2017; Oliver et al., 2012). Da kan en jo spørre seg om hvorfor et fenomen er "godkjent" og et annet ikke. Arnold & Childers (2017) beskriver detaljert hvordan langvarig bruk av opioider påvirker smertefysiologien i hjernen, på en måte som kanskje burde gi utvetydige bevis. Likefullt er ikke hyperalgesi et kjent begrep for mange. Li med flere (2012) viser til at så lite som 45% av helsepersonellet som ble spurt kjente til at opioidbruk medfører hyperalgesi. Vår erfaring tilsier det samme, toleranse er både kjent og anerkjent mens hyperalgesi ikke er det.

Anbefalingen ved smertebehandlingen er å titrere seg opp, men dette kan i disse pasientenes tilfeller medføre langvarige prosesser (Oliver et al., 2012; Arnold & Childers, 2017). Det kan derfor tenkes at noe av misnøyen med situasjonen eller pasienten kommer som følge av at sykepleieren opplever seg selv som utilstrekkelig eller ikke flink nok. Vi kommer derfor igjen

tilbake til at behandlingen bør bygges på samarbeid og åpenhet mellom partene. Morgan (2005) viser til at dette samarbeidet er essensielt for opplevelsen av og utfallet til behandlingen.

5.3.2 Erfaring.

Martinsen vektlegger hvor viktig erfaringsbasert kunnskap er for å kunne bli en god sykepleier. For Benner & Wrubel innebærer dette å gå fra novise til ekspert, at en på et tidspunkt får lov til å være uerfaren (Kristoffersen, 2011; Kristoffersen, 2011). I praksis kan dette eksempelvis være et tett samarbeid mellom kolleger der man innhenter kunnskaper og deler erfaringer. Så når Krokmyrdal & Andenæs (2015) sier at majoriteten av de spurte anser jobb og kolleger som hovedkilde til kunnskap, og når Morley et al. (2015) sier at sykepleierne og legene ønsker tettere samarbeid og kursing sammen, burde det kanskje være mulig å finne en løsning.

Etter et møte med pasienten er det viktig at sykepleier reflekterer over situasjonen og tar lærdom av den, som en del av sykepleieprosessen (Kristoffersen, 2011; Kristoffersen, 2011). I Morley et al. (2015) sier de erfarne sykepleierne at tidligere erfaringer med denne pasientgruppen gjør at smertebehandlingen er bedre på et generelt grunnlag. Likeledes sier de at legene som tidligere hadde behandlet opioidavhengige visste hva slags smerteregime som måtte brukes, og behandlingen var mer effektiv. Ved å erfare og reflektere over opplevde situasjoner, som Martinsen oppfordrer til, kan man ta lærdom av hva som fungerte og hva som ikke fungerte (Kristoffersen, 2011). I denne prosessen vil dokumentasjon være et godt hjelpemiddel både med tanke på kartlegging, men også med tanke på videre behandling (Dahl & Skaug, 2011). Selv om ingen pasientsituasjoner er like kan en likevel ta med seg disse erfaringene videre til neste pasient.

Likefult har vi opplevd det slik at selv om erfarne sykepleiere har kunnskapen om toleranse og hyperalgesi, ønsker de fortsatt ikke å gi smertestillende uten at de har mulighet til å videre observasjon av virkningen i etterkant. En kan også snu på problemstillingen å spørre om det er riktig å utsette sykepleieren for ansvaret med å gi doser med opioider som vedkommende ikke er fortrolig med. Vi har erfart at sykepleiere har sagt opp jobbstillingen i hjemmetjenesten fordi det var ubehagelig å gi høye doser med preparater til en opioidavhengig pasient på kveldsvakt, for deretter å gå hjem i en uvisshet om pasienten får

respirasjonsstans. Til tross for den aktuelle kunnskapen om blant annet toleranse og hyperalgesi, kan det fortsatt tenkes at situasjonen kan oppleves ubehagelig. Paschkis & Potter (2015) snakker om at sannsynligheten for opioidindusert respirasjonsdepresjon er mye høyere hos pasienter som aldri har brukt opioider før, kontra opioidbrukere. Likefult er det vanskelig, om ikke umulig å endre denne følelsen hos sykepleierne ut av det blå. Og det er jo ikke unaturlig at en ønsker å distansere seg fra opplevelser av ubehag eller redsel, eller at en opplever misnøye mot kilden til problemet. Igjen må sykepleier vedkjenne egne begrensninger, få lov til å plassere seg selv i novise-kategorien, og kunne be om hjelp (Kristoffersen, 2011; NSF, 2011).

5.3.3 Kartlegging.

Spesielt Oliver et al. (2012) og Arnold & Childers (2017) trekker fram viktigheten av kartlegging som grunnlaget for en god behandling der kartlegging av smertens type og omfang kan være startsekvensen i en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Samtidig vil kartleggingen av pasientens rusmisbruk være sentral i valg av behandlingsmetoden (Arnold & Childers, 2017; Oliver et al., 2012). Det kan tenkes at denne kartleggingen kan være første hinder for samarbeidet, om sykepleier ikke tror pasienten, eller pasienten ikke er ærlig med sykepleier. Vi tror derfor det er viktig at sykepleier presiserer tidlig at det er smertene som skal behandles og ikke avhengigheten. Det er ikke det at avhengigheten ikke er et problem, men det er ikke riktig tidspunkt å håndtere den diagnosen når pasienten ligger der med eksempelvis brukket kragebein. Li et al. (2012) sier at under 40 % kartlegger rusmisbruket til pasienten og under 25 % kartlegger smerten ved hjelp av kartleggingsverktøy. En kan jo da stille spørsmål om på hvilket grunnlag sykepleieren eller legen kan tilby en behandling, når de ikke vet hva tilstanden er. Og hvordan kan en sykepleier vurdere behandlingstiltak når vedkommende hverken kartlegger smertene eller tror på pasientens smertefor midling? I utgangspunktet burde det jo ikke være vanskeligere å spørre om graden av misbruk enn det er å spørre om medisiner eller allergier, det tar ikke lang tid og gir en større forståelse av pasienten. I Li et al., (2012) kommer det frem at legene kartlegger mer enn sykepleierne, og det er også vår erfaring at legene oftere tar seg av spørsmål om legemidler. Det er ikke dermed sagt at dette ikke er en jobb som sykepleiere kan gjøre. Dersom opioidbruken eller rusmisbruket ikke er kartlagt, er det viktig at dette blir gjort for å få oversikt over situasjonen. Kommunikasjon og dokumentasjon blir derfor sentralt i samarbeidet mellom lege, sykepleier

og pasient for å avdekke pasientens behandlingsbehov (Danielsen et al., 2016). Som illustrert ved det andre eksempelet i innledningen, så kan det utgjøre en stor forskjell for pasienten dersom situasjonen er kartlagt og behandlingen tilpasset deretter.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi prøvd å finne svar på hvordan sykepleier kan forsikre seg om at opioidavhengige pasienter er optimalt smertelindret, og hva som eventuelt er årsakene til at smertelindringen ikke er adekvat. Vi har anvendt litteraturstudie som metode, med 7 utvalgte artikler. Litteraturen vi har brukt i oppgaven viser at det er enkelte utfordringer knyttet til smertelindring av denne pasientgruppen. Sykepleiers holdninger og kunnskap samt tillitsforholdet mellom pasient, lege og sykepleier er momenter som er sentrale i smertebehandlingen.

Vi ser at denne pasientgruppen er utsatt for stigmatisering og fordommer knyttet til deres avhengighet, og at sykepleierne anerkjenner denne stigmatiseringen, men sier at det er vanskelig å komme utenom det. Det faktum at pasientene er avhengige av samme type legemiddel som i utgangspunktet skal brukes til deres smertelindring, utgjør en problemstilling som kan være utfordrende å finne en løsning på. En del av aspektet ved holdningene er at opioidavhengighet må anerkjennes som en diagnose. Vi ser at det er en positiv holdningsendring blant helsepersonell, noe som kan ha utspring i et økt fokus på denne pasientgruppen og at det er blitt lettere å bli kjent med pasientene som personer gjennom blant annet media. Det er viktig at sykepleier er bevisst sine egne holdninger, og møter pasienten der vedkommende befinner seg ved å sette til side sine egne personlige meninger. I dette tilfellet befinner pasienten seg i smerter, det er der behovet ligger og derfor der sykepleier må møte pasienten.

Da denne pasientgruppen ofte står alene i møte med helsevesenet er de avhengige av et godt samarbeid med sykepleier og lege som bygger på tillit for å kunne avdekke behandlingsbehovene. Sykepleier må prøve å skape en relasjon til pasienten, slik at det er rom for at pasienten kan være ærlig om smertene og rusmisbruket, slik at smertelindringen blir optimalisert. Hvis pasienten oppfatter at verken sykepleier eller lege tror på smerteformidlingen kan dette skape frustrasjon hos pasienten, og samarbeidet vil bli preget av mistillit noe som er en uheldig situasjon i behandling av smerte. Det at store deler av respondentene svarer at de ikke tror på pasientens ord om smertens kvalitet kan være

begrunnet med frykten for å føle seg bli manipulert, men vi som sykepleiere kan ikke ta fra pasientens opplevelser, og må velge å tro på smerteformidlingen for å unngå unødig lidelse. Vi må behandle opioidavhengige pasienter med samme mengde respekt og verdighet på lik linje som med andre pasienter, uavhengig av hva slags meninger vi har om deres avhengighet. Smerte vil alltid være det pasienten sier at det er.

Vi ser at kunnskapsnivået til sykepleiere ikke er tilstrekkelig for å kunne forsikre seg om at pasienten er optimalt smertelindret. Dette gjelder både kunnskap om avhengighet, toleranse og hyperalgesi, i tillegg til opioidlegemidler og virkningen av dem. Erfaring med smertebehandling av denne pasientgruppen ser ut til å være den beste kilden til fortrolighet og trygghet i administreringen av opioider. Vi har også sett at mange sykepleiere henter kunnskap fra kolleger, dette kan eventuelt videreføres i refleksjonsgrupper, interne kurs og seminarer i regi av avdelingen. Funn viser at sykepleiere mener at grunnutdanningen i sykepleien ikke gir tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne behandle denne pasientgruppen optimalt. Videre ser vi at toleranse er i stor grad anerkjent, mens hyperalgesi ser ut til å være et ukjent fenomen for mange. Kartleggingen av pasientens rusmisbruk ser ikke ut til å være videre kjent blant sykepleiere som et verktøy som legger hovedgrunnlag for smerteregimet. Sammen med kartleggingen av smerter og rusmisbruk, vil dokumentasjon illustrerer effekten av legemidlene.

Sykepleiens moralske, relasjonelle og praktiske side viser til at holdninger til pasienten, tillit til pasientens formidling og kunnskap om diagnosen og bruk av kartleggingsverktøy er sentrale momenter for å forsikre seg om at pasienten er optimalt smertelindret. Til tross for at sykepleier har gode holdninger, tillit til pasientens formidling, kunnskap om toleranse og hyperalgesi, vil optimal smertelindring til denne pasientgruppen være utfordrende. Langvarig bruk av opioider påvirker flere aspekter som gjør behandlingen komplekst, men hvis disse elementene er tilstede legges det et godt grunnlag. På bakgrunn av oppgaven ser vi at det kan være et behov for forskning som viser i hvor stor grad opioidavhengige pasienter blir optimalt smertelindret på sykehus. Vi ser også et behov for kvalitativ forskning for å avdekke hvorfor det er et brudd mellom kunnskap, holdninger og praktiske gjennomføringer blant sykepleiere.

Litteraturliste

BØKER

Aakre, M. & Biong, S. (2012). Etske utfordringer og etisk kompetanse; om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1.utg.). Oslo: Akribe

Dahl, K & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2; Grunnleggende behov* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2014). Metode og oppgaveskriving.(5.utg.)(s. 111-114). 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.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. (2011). Sykepleie; Kunnskap og kompetanse. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1; Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver i sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1; Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Løgstrup, K.E. (1956/1999). *Den etiske fordring*. Oslo: J.W. Cappelens forlag

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E., Bjålie, J.G. & Toverud, K.C. (Red.) (2014). *Menneskekroppen; Fysiologi og anatomi*. (2.utg.)(s.152-153). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slørdal, L. & Rygnestad, T (2013). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng & O. Spigset (red.), *Legemidler og bruken av dem* (s.341-351). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

ARTIKLER

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H. & Anda, R.F (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 111(3), 564-572.

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

Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D.(2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* 7(3), 252-260. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0131

Morgan, B.D. (2006). Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. *Pain Management Nursing* 7(1), 31-41. DOI: 10.1016/j.pmn.2005.12.003

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. *Pain Management Nursing* 16(5), 701-711. DOI: 10.1016/j.pmn.2015.03.005

Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M., St. Marie, B., Strobbe, S. & Turner, H.N. (2012). American society of pain management nursing position statement: Pain management in patients with substance use disorder. *Journal of Addictions Nursing* 23(3), 210-222. DOI: 10.1097/JAN.0b013e318271c123.

Paschkis, Z. & Potter, M.L. (2015). Acute pain management for inpatients with opioid use disorder. *American Journal of Nursing*, 115(9), 24-32.

ANDRE

Bayer Heroin bottle [Bilde](2005). Hentet fra

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/ff/Bayer_Heroin_bottle.jpg

Direktoratet for e-helse (2017). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2017. Hentet 04.04.17 fra

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

Folkehelseinstituttet (2016). Smittevernveilederen; 15 Personer som tar stoff med sprøyter og smittervern. Hentet 26.05.2017 fra

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter/>

Norsk Sykepleierforbund (Udatert). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 19.05.2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

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

Skretting A, Bye E.K, Vedøy T.F, Lund K.E. (2016). *Rusmidler i Norge 2016* (FHI, statistikkrapport 2016). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf

OPPSLAGSVERK

Arnold, R.M. & Childers J.W (2017). Management of acute pain in the patient chronically using opioids. I D.M.F. Savarese (Red.), *UpToDate*. Hentet fra

https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pain-in-the-patient-chronically-using-opioids?source=search_result&search=opioid&selectedTitle=19~150

Buprenorfin (2015). I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra

<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/54688?expand=1>

Buprenorfin-nalokson (2016). I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra

<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/54688?expand=1>

Medikamentell smertebehandling- WHO smertetrapp (2016). I *Norsk legemiddelhåndbok*.

Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/23634>

Metadon (2014). I *Felleskatalogen*. Hentet fra

<http://www.felleskatalogen.no/medisin/metadon-nordic-drugs-590291>

Morfin (2016). I *Felleskatalogen*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/morfin-takeda-561671>

Nalokson (2015). I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra

<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/55056>

Opioidanalgetika. (2016). I *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra

<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/78882?expand=1>

Sevarino, K. (2017). Opioid withdrawal: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. I R. Hermann (Red.), *UpToDate*. Hentet fra

https://www.uptodate.com/contents/opioid-withdrawal-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=opioid%20withdrawal&selectedTitle=2~141

Strain, E. (2017). Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis. I R. Hermann (Red.), *UpToDate*. Hentet fra

https://www.uptodate.com/contents/opioid-use-disorder-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-course-screening-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=opioid%20tolerance&selectedTitle=1~60

Subutex (2016). I *Felleskatalogen*. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/subutex-indivior-564208>

VEDLEGG

Vedlegg 1

Tabell 10 IMRAD artikkel 1

| | |
|------------------------|---|
| Tittel | Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus |
| Forfatter | Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs & Dagfinn Nåden |
| Land, år | Norge, 2012 |
| Nøkkelord | Smerte, kvantitativ studie, spørreundersøkelse, rusmiddel, spesialisthelsetjeneste |
| Introduksjon | Forskningens hensikt er å kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerter, innlagt i norske sykehus. Det kan være utfordrende å smertelindre denne pasientgruppen fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som igjen forsterker opplevelsen av smerte og kompliserer adekvat smertelindring. |
| Metode | Det er blitt brukt en kvantitativ metode, med beskrivende tverrsnitts design som er basert på en survey med et hensiktsmessig utvalg. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart, som tilsvarte 72%. Utvalget bestod av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anesthesiavdelinger ved fire sykehus. Disse avdelingene ble utvalgt til undersøkelsen basert på kartlegging av hvilke sykehusavdelinger opioidavhengige pasienter oftest var innlagt i. |
| Resultater/funn | Spørreundersøkelsen viste at 38% av respondentene oppga at de kartla pasientenes misbruk, og omtrent halvparten (47%) administrerte opioidsustitusjoner til pasientene for å forhindre abstinenser. På en skala fra 1-5 egenvurderte sykepleierne og legene sitt kunnskapsnivå, hvor resultatet viste under 3,0. Litt over halvparten (52%) av de utvalgte oppga at de aldri anvende |

smerteleggingsverktøy. Flertallet (56,1%) av sykepleierne og 15,8% av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Et mindretall (20,8% av sykepleierne og 26,3% av legene) trodde på pasientens smerteformidling. Godt over halvparten av respondentene (55,7%) av sykepleierne og 73,7% av legene var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom.

Vedlegg 2

Tabell 11 IMRAD artikkel 2

| | |
|------------------------|---|
| Tittel | Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. |
| Forfatter | Kurt A. Krokmyrdal & Randi Andenæs |
| Land, år | Norge, 2015 |
| Nøkkelord | Nurses, education, knowledge, competence, opioid abuse, pain treatment |
| Introduksjon | <p>Kompetansen til sykepleiere, deres kunnskaper, ferdigheter og holdninger, påvirker kvaliteten på smertelindringen som gis til opioidavhengige pasienter. Det er mye nytt som har skjedd med tanke på forståelse av avhengighet, men det er lite forskning som er gjort på sykepleierens kompetanse.</p> <p>Målet med studiet er å evaluere sykepleiernes oppfatning av egen kompetanse gjennom deres kunnskap om smerte/smertelindring, deres evne til å smertelindre opioidavhengige og hvor de tilegner seg kunnskaper om dette emnet. Videre arbeid på et tidligere norsk pilotstudie.</p> |
| Metode | <p>Det ble utført et tverrsnittstudie der spørreundersøkelse ble brukt til å samle data. Deltakerne var sykepleiere fra medisinske og ortopediske avdelinger på 2 sentrale sykehus i Vest-Norge. Inklusjonskriteriene var autoriserte sykepleiere som jevnlig var i kontakt med opioidavhengige pasienter. Spørreundersøkelsen var delvis hentet fra en norsk studie om neonatal smertelindring, og ble testet ut på en referansegruppe på 10 personer før den endelige undersøkelsen ble gjort. Spørreundersøkelsen var delt inn i 4 deler der del 1 tok for seg sosio-demografiske ulikheter, del 2 kunnskapskilder, del 3 kunnskaper og ferdigheter og del 4 holdninger.</p> |
| Resultater/funn | <p>181 spørreundersøkelser ble sendt ut og 98 ble besvart som gir en svarprosent på 54%. Datasamlingen foregikk i løpet av 2 uker i januar 2010. Gjennomsnittlig alder på deltakerne var 30,5 år og de hadde jobbet som sykepleier i gjennomsnittlig 5 år. 87,8% sa at de ikke hadde</p> |

tilstrekkelig kunnskaper om smertelindring. 29,6% svarte at smertelindring ved bruk av opioider ville forverre avhengigheten til opioidavhengige, 91,8% sa at opioidavhengige trenger mer smertestillende medikamenter enn ikke-avhengige, 61,7% og 56,1% sa at opioidavhengige overdrev egen beskrivelse av smerter i forsøk på å få mer smertestillende medikamenter og ikke svarte ærlig ved spørsmål om smerter, 87,8% sa at opioidavhengige krever mer smertestillende og 54,6% sa at opioidavhengiges smerter ikke ble behandlet godt nok. 89,8% av de spurte svarte at sykepleierutdannelsen ikke var en tilstrekkelig kunnskapskilde mens henholdsvis 83,7% og 77,3% sa at arbeidsplassen og kollegene var hovedkildene til kunnskap.

Vedlegg 3

Tabell 12 IMRAD artikkel 3

| | |
|------------------------|---|
| Tittel | Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief |
| Forfatter | Betty D. Morgan |
| Land, år | USA, 2006 |
| Introduksjon | Denne studien undersøker opioidavhengige pasienters perspektiv og deres opplevelse av adekvat smertelindring mens de er innlagt på sykehus, samt deres opplevelse av samhandling med sykepleierne for å oppnå smertelindring. Formålet med studien var å identifisere og undersøke disse opplevelsene for at det kan bidra til en større og bedre forståelse av problematikken rundt smertelindring til denne pasientgruppen. |
| Metode | Metoden som er brukt i denne studien er intervju, med et semistrukturert format. Intervjuene hadde en varighet på 30 min til 1,5 timer. Det var 18 deltakere som var i aldersgruppen 32-60 år. Intervjuobjektene bestod av 14 menn og 4 kvinner som hadde varierte utdanningsbakgrunner. Majoriteten av deltakerne i studien var innlagt på sykehus grunnet infeksjoner som var relatert til deres opioidavhengighet. Kun 1 av de 18 deltakerne hadde ikke et aktivt opioidmisbruk før sykehusinnleggelsen. Intervjuet ble gjennomført med lydopptak og med en intervjuguide. |
| Resultater/funn | Intervjuobjektene fortalte om deres ulike strategier for hvordan de valgte å opptre i møte med helsepersonellet, i håp om at de skulle bli smertelindret. Samtlige deltakere mente at disse strategiene som de har utarbeidet etter flere møter med helsepersonell var et hjelpemiddel for å oppnå smertelindring. Det viktigste for pasientene var det å føle seg trodd på deres smerter, og ingen av deltakerne forventet at de skulle være helt fri for smerter. Hvis de følte seg trodd og respekt av helsepersonellet, og mottok hjelp, var dette en stor lettelse som gjorde opplevelsen bedre. |

Vedlegg 4

Tabell 13 IMRAD artikkel 4

| | |
|------------------------|---|
| Tittel | Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. |
| Forfatter | Georgina Morley, Emma Briggs & Gillian Chumbley |
| Land, år | Storbritannia, 2015 |
| Introduksjon | Pasienter med rusavhengighet er utsatt for å bli underbehandlet når de opplever smerter, og tidligere litteratur indikerer at en negativ innstilling til pasienter med ruslidelser kan påvirke hvordan smerten blir behandlet. Formålet med denne studien er å undersøke sykepleiernes erfaringer og opplevelser i møte med denne pasientgruppens smertebehandling. |
| Metode | Studien bruker en kvalitativ metode, med en beskrivende fenomenologisk tilnærming hvor studiet er ute etter å undersøke sykepleiernes erfaringer. Det ble benyttet et semistrukturert intervju med en varighet på 40-80 min. Det var fem sykepleiere som ble intervjuet med varierte erfaringsbakgrunner. |
| Resultater/funn | Sykepleierne beskrev følelser som maktesløshet og frustrasjon grunnet pasientens manglende overholdelse samt avvik i pasientbehandlingen blant kollegaene. De kjente også på et ytre press som påvirket smertebehandlingen. Det kom frem at stigmatiseringen av denne pasientgruppen potensielt fremdeles eksisterer, men det var også en generell oppmerksomhet på noen av de kliniske utfordringene som opioid toleranse og opioid hyperalgesi. Resultatene viste også et behov for økt kunnskap og støtte rundt smertebehandlingen av opioidavhengige pasienter. |

Vedlegg 5

Tabell 14 IMRAD artikkel 5

| | |
|----------------------------------|---|
| Tittel | Acute pain management for inpatients with opioid use disorder |
| Forfatter | Zoe Paschkis & Mertie L. Potter |
| Land, år | USA, 2015 |
| Søkeord | Acute pain, addiction, evidence-based practice, opioid, opioid use disorder, pain, pain management, substance use disorder |
| Introduksjon | Pasienter med ruslidelser innlagt på sykehus kan som alle andre pasienter oppleve akutte smerter og trenge behandling med opioider. Men på grunn av misoppfatninger og dårlige holdninger blant helsepersonell, kan denne pasientgruppen oppleve å ikke bli tilstrekkelig smertelindret og dermed utsatt for smerter og unødvendig lidelse. Artikkelen gjennomgår aktuell litteratur innen områdene smertelindring og ruslidende pasienter, og avviser myter om opioidbruk og ruslidelser. |
| Metode | Søk i databasene MEDLINE, Ovid og CINAHL med søkeordene « <i>inpatients, opioid, opioid analgesics, opioid use disorder, opioid-related disorders, substance-related disorders, addiction, pain, acute pain, pain management, nursing care, nurse attitudes og attitude of health personell</i> ». Søket ble videre avgrenset til peer-reviewed artikler som var skrevet mellom 2000 og 2015. Det ble i tillegg gjort kjedesøk i referanselister og lagt til utgivelser fra ulike organisasjoner og andre viktige aktører innen smertelindring. |
| Resultater/funn/diskusjon | Smertelindring evalueres ut fra kriterier som hyppigheten av kartlegging av smertene og i hvilken grad smerter blir kontrollert og forebygget. Kartlegging av smertens og ruslidelsens form er nødvendig for å kunne finne beste behandlingsmåte. En rusavhengig pasients behov for opioid smertelindring kan være opp til fire ganger mer enn pasienter som ikke kjenner opioider, og må tilpasses individuelt. Langtidsvirkende opioider bør administreres ved faste |

tidspunkt gjennom dagen, og smertetopper kan behandles med korttidsvirkende opioider ved behov. Ikke-opioide medikamenter bør brukes i tillegg. Det tas også opp at holdninger til helsepersonell og befolkningen generelt kan medføre at ruslidende pasienters smerte ikke blir tatt på alvor. Samtidig påpekes det at kjennskap til ruslidelse gjennom venner og familie eller psykiatrisk arbeid, er med på å gi et mer positivt syn på disse pasientene. Utdanning og praksis er ikke tilstrekkelig til å bryte et negativt tankemønster.

Helsepersonell må akseptere pasientens opplevelse av smerter, vitale tegn er ikke en sikker kilde for å vurdere smertens intensitet. Det finnes ikke bevis for at rusavhengige pasienter som behandles med opioider får en forverret avhengighet eller at rusfrie får tilbakefall. Det er større risiko for abstinenser dersom det ikke gis tilstrekkelig smertelindring. Det er toleranseutvikling som gjør det nødvendig med høyere doseringer, og rusavhengige pasienter har en betydelig lavere risiko for å få respirasjonsdepresjon enn opioid-naive pasienter. Opioidsubstitutter er ment til å behandle avhengighet og ikke smerter. Metadon kan benyttes som smertelindring, men må da gis i små doser flere ganger daglig og ikke den normale ene dosen om dagen. Pasienter som bruker metadon til vanlig bør fortsette med dette så lenge smertelindring er nødvendig.

Avslutningsvis sier artikkelen at sykepleiere er sentrale aktører i dette arbeidet, og at det er viktig at holdningene hele tiden utfordres til å bli bedre.

Vedlegg 6

Tabell 15 IMRAD artikkel 6

| | |
|------------------|--|
| Tittel | American society of for pain management nursing position statement:Pain management in patients with substance use disorder |
| Forfatter | June Oliver, Candace Coggins, Peggy Compton, Susan Hagan, Deborah Matteliano, Marsha Stanton, Barbara St. Marie, Stephen Strobbe & Helen N. Turner |
| Land, år | USA, 2012 |
| Søkeord | Addiction, pain, opiate analgesics, position paper, substance use disorder |
| Innhold | The Amercian Society for Pain Management Nursing (ASPMN) og the International Nurses Society on Addiction (IntNSA) har utgitt en offisiell uttalelse om veiledning av smertebehandling til rusavhengige. I denne uttalelsen kommer de med anbefalinger, forklaringer og deres syn på hvordan denne pasientgruppen skal behandles i helsevesenet. De vektlegger at pasienter med et rusmisbruk skal behandles på lik linje som andre pasienter, med respekt og av samme kvalitet i smertebehandlingen. Artikkelen gir en slags oppskrift for hvordan de ulike forløpene kan håndteres på best mulig måte i møte med denne pasientgruppen. |

Vedlegg 7

Tabell 16 IMRAD artikkel 7

| | |
|------------------------|--|
| Tittel | Management of acute pain in the patient |
| Forfatter | Robert M. Arnold & Julie W. Childers |
| Land, år | Ukjent, 2017 |
| Introduksjon | Artikkelen identifiserer forhindring av abstinenser, forhindring av tilbakefall og forverring av avhengighet og adekvat smertelindring som målene i akutt smertelindring av opioidavhengige. |
| Resultater/funn | Artikkelen lister først en rekke utfordringer innen dette emnet, både holdningsvis og fysiologiske. Deretter går den oppskriftsvis gjennom anbefalinger i initiale undersøkelser og evalueringer, hvordan, hvilke og når opioider bør administreres og tar til slutt for seg anbefalinger i smertelindring av LAR-pasienter. |