



Hva hindrer sykepleiere i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet, innlagt på sykehus?

Kandidatnummer: 1041

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet, Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 9488

Dato: 21.03.19

## **Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettigheter til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

**Tema:** Smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet.

**Problemstilling:** Hva hindrer sykepleiere i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet, innlagt på sykehus?

**Metode:** Dette er en litterær oppgave, med litteraturstudie som metode. Selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, og syv vitenskapelige artikler er inkludert for å videre belyse problemstillingen.

**Drøfting:** Aspekter presentert i teoridelen vektlegges og drøftes opp mot hverandre. Smerte og smertebehandling, samt de ulike barrierene som hindrer adekvat smertelindring belyses. Drøftingen vil fokusere på sykepleier- og pasientperspektiv, samt relasjonen mellom sykepleier og pasient. Joyce Travelbee benyttes som sykepleieteoretisk forankring.

**Konklusjon:** Det er flere barrierer som hindrer smertebehandlingen. Kunnskapsøkning og endring av holdninger hos sykepleiere kan sikre en bedre smertelindring. I tillegg kan et større fokus på den mellommenneskelige relasjonen, sykepleiers profesjonelle rolle, samt tillit til pasientens smertevurdering bidra positivt til ivaretagelse av pasienter med en opioidavhengighet.

# Abstract

**Theme:** Substance-use disorder and pain management.

**Topic:** What prevents nurses in providing optimal pain management to hospitalized patients with an opioid addiction?

**Method:** This bachelor is a literary task using literary study as its method. Self-chosen literature, curriculum literature and seven scientific articles are included.

**Discussion:** Aspects presented in the theory are emphasized and discussed. Pain, pain management, and the various barriers that prevent adequate pain relief will be highlighted. The discussion will focus on the nursing and patient perspective, as well as the relationship between the nurse and the patient. Joyce Travelbee is used as a nursing theoretical foundation.

**Conclusion:** There are several barriers that prevent pain management. The increase in knowledge and the change in attitudes can ensure better pain relief. A greater focus on the interpersonal relationship, the nurse's professional role and confidence in the patient's pain assessment can contribute positively to patients with opioid addictions.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2	Problemstilling med avgrensning.....	3
1.2.1	Avgrensning av oppgaven.....	4
2	Metode.....	5
2.1	Litteratursøk og søkestrategi .....	5
2.2	Fremgangsmåte .....	7
2.3	Resultater av søk .....	8
2.4	Valg av kilder .....	8
2.5	Kildekritikk .....	11
3	Teori .....	13
3.1	Hva er smerter? .....	13
3.1.1	Smertekartlegging og utredning.....	14
3.1.2	Opioider og fysiologiske utfordringer ved smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet .....	14
3.2	Å se mennesket bak lidelsen .....	15
3.2.1	Hva er sykepleie? .....	15
3.2.2	Pasienten som “et sett av stereotype kjennetegn” .....	16
3.2.3	Menneske-til-menneske-forhold .....	16
3.2.4	Kommunikasjon, empati og sympati.....	17
3.2.5	Smertens problem.....	17
3.3	Barrierer for sykepleiers smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet ...	18
3.3.1	Kunnskap.....	18
3.3.2	Stereotype holdninger .....	19
3.3.3	«Opiofobi» .....	19
3.3.4	Tidspress og ytre faktorer.....	20
3.3.5	Samarbeid og tillit .....	21
4	Drøfting .....	22
4.1	Sykepleieperspektiv .....	23
4.2	Relasjonen mellom sykepleier og pasient .....	25
4.3	Pasientperspektiv.....	27
5	Konklusjon .....	30

Litteraturliste ..... 32

# 1 Innledning

En av de vanligste årsakene til at mennesker oppsøker helsevesenet i Norge er på grunn av smerter. Smerter over lengre tid kan være invalidiserende og svekke livskvaliteten betraktelig. Det er store utfordringer og lav prioritet rundt lindring og behandling av pasienter med problematiske smerter i det norske helsevesenet. Dette innebærer pasienter med kroniske smerter, vanskelige akutte smerter, kreftrelaterte smerter, nevrologiske smerter, men også smertetilstander hos rusmiddelmissbrukere (Den norske legeforening, 2009). Sammenliknet med den generelle befolkningen, legges rusmiddelmissbrukere oftere inn på sykehus. Årsaken er at misbruket ofte kan føre til traumatiske skader, infeksjoner, psykiske lidelser, og en av de vanligste årsakene til innleggelse er akutt smerte. Dette vil gjøre at sykepleiere i løpet av sin yrkeskarriere stadig vil møte på rusmiddelmissbrukere med smerteproblematikk (Blay, Glover, Bothe, Lee & Lamont, 2012).

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2018) viser narkotikastatistikk fra 2017 at færre nordmenn misbruker heroin. Likevel er det mange som bruker narkotika, og pasienter med diagnosen opioidavhengighet utgjør nesten halvparten av nye pasienter innenfor spesialistbehandling for rusmiddelproblemer (Folkehelseinstituttet, 2018). Denne pasientgruppen inkluderer narkotikamisbrukere, legemiddelassistert rehabilitering, kreftpasienter i behandling med morfin, eller pasienter med kroniske smerter og regelmessig bruk av opioider (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Det er lite forskning og kunnskap rundt smertebehandlingen til opioidavhengige og det er dokumentert at de ofte opplever en sub-optimal eller ikke-eksisterende smertelindring på sykehus. I tillegg rapporteres det at sykepleiere møter pasientgruppen med stigmatisering, frustrasjon og inadekvat sykepleie (Li, Undall, Andenæs & Nåden, 2012). Et misbruk av opioider vil føre til endringer i nevropsykologiske, sosiale og atferdsmessige responser, noe som vil intensivere smerteopplevelsen. Rusavhengighet er et stort problem for helsevesenet og samfunnet, og akutt smertebehandling til opioidavhengige er krevende (Haber, Demirkol, Lange & Murnion, 2009).

Alle pasienter har rett til adekvat smertelindring. Dette gjelder også pasienter med en problematisk smerte (Den norske legeforening, 2009). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål å sikre alle lik tilgang på tjenester og rettigheter innenfor helse- og omsorgstjenesten. Likevel viser flere studier til at dette ikke er realiteten i

smertebehandlingen av pasienter med en opioidavhengighet. Misforståelser, myter, og negative holdninger mot et misbruk av opioider kan ofte dominere helsepersonells møte med pasienten som er rusmisbruker. I tillegg vil kunnskapsbegrensninger bidra til en inadekvat smertebehandling (Blay et al., 2012). Ikke bare har denne pasientgruppen en risiko for sterkere smerteopplevelse, men de blir i flere tilfeller undervurdert og underbehandlet (Morley, Briggs & Chumbley, 2015). Denne pasientgruppen ser ut til å utfordre sykepleierens profesjonelle rolle når det kommer til smertebehandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015)

Man kan se på to sammenhenger. Den ene er utviklingen av en opioidavhengighet på grunn av kroniske smerter, og den andre sammenhengen er et rusmiddelmissbruk som fører til et smertesyndrom. Ved å se på dette aspektet, kan en optimal smertelindring være en viktig faktor i å forebygge både kronisk smerteproblematikk, men også en opioidavhengighet (Dever, 2017). Likevel ser det ut til at det er flere faktorer som hindrer en optimal smertelindring av rusmisbrukere på sykehus.



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av min tid som sykepleierstudent har jeg opplevd flere tilfeller hvor pasienter som får sterke opioider likevel gir uttrykk for liten effekt av smertebehandlingen. Pasientene har ofte fått sterke opioider over en lengre periode. Jeg har gjort meg noen tanker rundt tematikken om smertelindring til denne pasientgruppen. Bunner en inadekvat smertebehandling i frykt for å gi overdose, eller frykt i å påta seg ansvaret i å håndtere store doser medikamenter? Mangel på kunnskaper rundt smerter og bruk av opioider? Eller kommer det av en negativ pleiekultur?

Jeg vil trekke frem en spesiell hendelse under praksis på somatisk avdeling på sykehus. En kvinne ble innlagt med mistanke om pneumoni, i tillegg til sterke smerter i kroppen. Under oppholdet ble det påvist lungekreft av malign type, og prognosen var dårlig. Hennes største problem var de sterke smertene. De kommende ukene ble smertene uutholdelige, og sykepleierne i samarbeid med leger slet med å få til en adekvat smertelindring. Etter hvert kom det frem at pasienten hadde brukt smertestillende av ukjente typer hjemme før innleggelsen, men graden av forbruket var noe uklart. Sykepleierne ble mer mistenksomme og varsomme i doseringen av smertestillende. Om pasienten etterspurte smertestillende stilte sykepleierne seg spørsmål rundt dette, i stedet for å iverksette tiltak. Pasienten oppga at smertene konstant var tilstede, og reagerte med aggressiv og mistenksom atferd mot sykepleierne på post. Hun ble med tiden en krevende pasient, og dette medførte etterhvert også mye stress for sykepleierne. Flere reagerte med å vise mindre empati, bruke mindre tid hos pasienten og gi en mer oppgaveorientert tilnærming.

## 1.2 Problemstilling med avgrensning

På bakgrunn av dette vil jeg fokusere på utfordringene rundt lindring av akutt smerte hos pasienter med rusmisbruk innlagt på sykehus. Problemstillingen for denne oppgaven er derfor:

“Hva hindrer sykepleiere i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet, innlagt på sykehus?”

### **1.2.1 Avgrensning av oppgaven**

Denne oppgaven fokuserer på pasienter som har en opioidavhengighet og er innlagt på sykehus. I oppgaven brukes begrepet rusmiddelmissbruker synonymt med pasient med en opioidavhengighet. Det finnes ingen klar diagnose eller definisjon på rusmiddelavhengighet, men omtales ofte som et syndrom eller en samling av symptomer etter rusmiddelbruk over en periode (Helsedirektoratet, 2010). Det kan også omtales som et avhengighetssyndrom, som er en samling av fysiologiske, kognitive og atferdsmessige fenomener som forekommer etter et langvarig bruk av en eller flere substanser (Trydal & Borchgrevink, 2014, s.268).

## 2 Metode

Dette er en litterær oppgave med litteraturstudie som metode. Studie av litteratur tar i bruk kunnskap fra skriftlige kilder og samler inn informasjon, med utgangspunkt i forskning som allerede eksisterer. Dette gjør det mulig å besvare en problemstilling (Thidemann, 2015, s.81). En litterær oppgave gir mulighet for å se ulike perspektiver opp mot hverandre og belyse nye sider ved kunnskapen. Kildekritikk og evnen til å vurdere en kildes relevans er dermed benyttet gjennom oppgaven (Dalland & Trygstad, 2015, s.67-68). Ved å bruke disse elementene er det anledning til å drøfte og trekke en konklusjon i en retning av kunnskapsbasert praksis. Beskrivelsen av metoden vil gi leseren en forståelse for hvordan man har funnet frem kunnskapen (Thidemann, 2015, s76).

### 2.1 Litteratursøk og søkestrategi

Litteratursøk innebærer å hente inn informasjon som er relevant for problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2015, s.68). Innledningsvis ble tema valgt, og ut i fra egenerfaring og forforståelse gjorde jeg meg noen tanker rundt tematikken. Jeg søkte mennesker rundt meg og kollegaer på sykehuset for å undersøke deres forforståelse og perspektiver. Temaet er viktig, og en problemstilling de fleste kan møte på. Dette ga inspirasjon til vinklingen av søkeprosessen videre.

For å få en oversikt over tilgjengelig litteratur og forskning ble et PICO-skjema (Patient, intervention, comparison, outcome) tatt i bruk for å finne kombinasjoner av søkeord og avgrensninger. Jeg kom frem til opioidavhengighet, smertelindring, barrierer og sykepleiekompetanse. Deretter brukte jeg MeSH (Medical Subject Headings) for å finne engelske søkeord, før jeg gjorde noen «kjedesøk» i Google Scholar og Oria for å lese meg opp på feltet. Jeg fant artikler som var interessante, og brukte «snøballmetoden» for å finne liknende litteratur. Snøballmetoden går ut på å finne litteratur og forskning ved å se på andre artikler, bachelor- og masteroppgaver, for deretter å lese gjennom deres litteraturliste.

Litteratursøk ble først gjort ved å bruke databasene Academic Search Elite og Cinahl, med følgende ord: Substance use disorder, Pain management, Health professionals, Nurse, Attitude, Stigma, Experience. Søkeordene ble brukt i kombinasjoner med AND. Dette var en avgrensning for å konkretisere søkene mot problemstillingen. I noen av søkene valgte jeg å

bruke «health professionals» i stedet for «nurse», ettersom det var noe vanskelig å finne artikler som kun omhandlet perspektivet fra sykepleiere. Først valgte jeg artiklene med de mest relevante overskriftene, for så å lese gjennom sammendrag og ta notater. Deretter valgte jeg de mest gyldige og holdbare. Disse ble funnet på Cinahl og Academic Search Elite.

I Academic Search Elite gjorde jeg søk med ulike kombinasjoner av søkeord. Ett av søkene ble gjort med ordene *Substance use disorders AND Health professionals AND stigma*. Her fikk jeg 11 treff, og valgte ut studien gjennomført av van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen (2013). Jeg gjorde et søk med ordene *Nurse AND experience AND Substance use disorders*, og fikk 18 treff. Her valgte jeg ut studien til Pasckis & Potter (2015). I Cinahl gjorde jeg også søk med flere kombinasjoner av søkeord. Ved å bruke ordene *Nurse AND attitude AND Substance use disorder* fikk jeg 82 treff. Her var det mange artikler som dukket opp, og jeg valgte ut studien fra Morgan (2015). Denne ble valgt på bakgrunn av at den var svært relevant for problemstillingen min. I tillegg bemerket jeg meg at andre studier og bacheloroppgaver stadig referer til hennes studie. Videre gjorde jeg et søk med ordene *Nurse AND Substance use disorder AND Experience*, hvor jeg fikk 69 treff. Studien inkludert fra dette søket er gjennomført av Morley, Briggs & Chumbley (2015).

En av studiene som er inkludert i denne oppgaven ble funnet via «snøballmetoden». Studien til Blay, Glover, Lee & Lamont (2012) ble funnet ved å se på en annen bacheloroppgave som omhandlet det samme temaet som denne oppgaven.

Videre i litteratursøket utførte jeg søk med norske ord for å finne forskning fra Norge. Dette ble gjort på sykepleien.no, med følgende ord: Rusmiddelavhengighet, smertebehandling, holdninger, kunnskap. Søkene ble gjort uten «og» eller «eller» for å gjøre store søk, ettersom jeg visste det kunne være snevert med artikler. Jeg fikk 2 treff ved å søke med *Rusmiddelavhengighet + smertebehandling*, og valgte ut studien av Li, Andenæs, Undall & Nåden (2012). Ved å søke med ordene *Smertebehandling + kunnskap + holdning* fikk jeg 9 treff. Her ble studien fra Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015) valgt ut.

En annen del av søkeprosessen var å finne teori i form av bøker. Øvrig litteratur er funnet fra pensumlister fra sykepleierstudiet, fra skolens bibliotek, bibliotekets nettsted og databasen Oria. Jeg fant også mye informasjon rundt smerter og smertelindring ved å søke på Google. Eksempler på søkeord: Smerter, smertebehandling, opioidavhengighet, sykepleiekompetanse. For å finne annen litteratur rundt opioidavhengighet og rusproblematikk brukte jeg snøballmetoden, hvor jeg så jeg på artikler som omhandlet samme tema og deres referanser.

Aktualiteten av litteraturen ble bedømt ut i fra inklusjons og eksklusjonskriteriene, i tillegg til å se på relevansen i forhold til problemstillingen min.

For mer detaljer og begrunnelse for de inkluderte artiklene, se punkt 2.4, «Oversikt over inkluderte artikler».

## 2.2 Fremgangsmåte

For å avgrense oppgaven satte jeg opp noen kriterier for å finne gode og relevante forskningsartikler. Disse ble tatt i bruk for å avgrense oppgaven og finne forskning rettet mot problemstillingen.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagfellevurderte forskningsartikler</li><li>- Artikler som omhandler rusmisbrukere innlagt på sykehus</li><li>- Artikler som omhandler sykepleieperspektiv og pasientperspektiv</li><li>- Forskning over hele verden</li><li>- Artikler som omhandler alle typer misbruk av opioider</li><li>- Artikler på engelsk, norsk og dansk</li><li>- Etisk overveielse i de vitenskapelige artiklene</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Publiserte kilder før 2009</li><li>- Artikler som omhandler LAR-behandling eller alkoholmisbruk</li><li>- Artikler som omhandler medisinsk behandling av smerter</li></ul>

LAR-behandling, alkoholmisbruk og medisinsk behandling av smerter så jeg på som irrelevant for min oppgave. Dette på bakgrunn av problemstillingen og hva jeg ønsket å få ut av søket. Fokuset rettes mot barrierene mellom sykepleieren og pasienten.

## 2.3 Resultater av søk

Selv om det foreligger mye forskning rundt smerter og smertebehandling, er det lite forskning som omhandler smertebehandling til opioidavhengige (Li et al., 2012). Mitt fokus for innhenting av artiklene var likevel rettet mot barrierene i smertebehandlingen, noe det er mer forskning rundt. Artiklene inkludert i oppgaven omhandler mye av de samme utfordringene i møtet med rusmisbrukere. De fleste sykepleiere som jobber på sykehus vil møte på rusmisbrukere med akutte smerter. Graden av problematikk rundt misbruk av opioider er noe ulik, avhengig av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer (Blay et al., 2012). Jeg anser problematikken rundt smertebehandling til denne pasientgruppen som relevant og gjeldende for alle innenfor helsetjenesten.

## 2.4 Valg av kilder

Begrunnelse for å velge en bestemt metode eller litteratur, er at den gir gode data og belyser spørsmålet på en faglig og interessant måte (Dalland, 2017, s.51). Syv forskningsartikler er brukt for å belyse problemstillingen, som i hovedsak baserer seg på sykepleier- og pasientperspektiv. Grunnen til at jeg har inkludert disse er fordi de omtaler utfordringene rundt smertebehandlingen til rusmiddelavhengige pasienter på sykehus. Jeg benyttet meg av tre ulike databaser i søkeprosessen.

Tabell 1: Oversikt over inkluderte artikler.

Forfatter, tittel, årstall og tidsskrift	Database	Søkeord og antall treff	Metode	Begrunnelse for inklusjon i oppgaven
Leonike C.van Boekel, Evelien P.M. Brouwers, Jaap van Weeghel, Henk F.L. Garretsen  Stigma among health professionals towards patients with substance use disorder and it's consequences for healthcare delivery	Academic Search Elite	Substance use disorders AND Health professionals AND stigma  11 treff	Systematisk litteraturstudie	Inkluderer 28 studier. Undersøker helsepersonells holdninger mot pasienter med en rusmiddelavhengighet. Belyser barrierene mellom sykepleier og rusmisbrukere. Går videre innpå konsekvensene av dette.

2013 <i>Drug and Alcohol Dependence</i>				
Zoe Paschkis & Mertie L. Potter  Acute Pain Management for Inpatients with Opioid Use Disorder  2015 <i>American Journal Of Nursing</i>	Academic Search Elite	Nurse AND experience AND substance use disorder  18 treff	Systematisk oversiktsartikkel	Oppsummerer litteratur som omhandler akutt smertebehandling til opioidavhengige innlagt på sykehus. Undersøker ulike myter og misforståelser rundt opioider og rusmisbrukere.
Betty D. Morgan  Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain  2015 <i>Pain Management Nursing</i>	Cinahl	Nurse AND attitude AND substance use disorder  82	Kvalitativ studie	Undersøker og kartlegger sykepleieres holdninger mot pasienter med en rusmiddelforstyrrelse og hvordan dette påvirker kvaliteten på helsetjenesten.
Georgina Morley, Emma Briggs & Gillian Chumbley  Nurses' Experiences of Patients with Substance Use Disorder in Pain: A Phenomenological study  2015 <i>Pain Management Nursing</i>	Cinahl	Nurse AND substance use disorder AND experience  69 treff	Kvalitativ fenomenologisk studie	Undersøker barrierene mellom sykepleiere og rusmisbrukere. Tar for seg sykepleieres erfaringer og opplevelser i behandling av akutt smerte til rusmisbrukere.
Rita Li, Randi Andenæs, Eva Undall & Dagfinn Nåden.  Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus  2012 <i>Sykepleien forskning</i>	Sykepleien.no	Rusmiddelavhengighet, smertebehandling  2 treff	Kvantitativ tverrsnittstudie	Avdekker helsepersonells kunnskaper, holdninger og handlinger rettet mot opioidavhengige pasienter innlagt sykehus. Undersøker helsepersonells perspektiver rundt smertebehandlingen.

<p>Tone Høilo Granheim, Kari Raaum, Knut- Andreas Christophersen &amp; Alfhild Dihle.</p> <p>Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksen</p> <p>2015</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p>	Sykepleien.no	<p>Smertebehandling, kunnskap, holdning</p> <p>9 treff</p>	Kvantitativ tverrsnittstudie	<p>Undersøker sykepleiere og sykepleierstudenters kunnskaper og holdninger rundt smertelindring til pasienter i smertebehandling av opioider.</p>
<p>Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. &amp; Lamont, F.</p> <p>Substance users' perspective of pain management in the acute care environment</p> <p>2012</p> <p><i>Journal for the Australian Nursing Profession.</i></p>		Snøballmetoden	Kvalitativ og kvantitativ studie	<p>Belyser pasientperspektiver til rusmisbrukere innlagt sykehus, i behandling av akutt smerte. Avdekker misforståelser og ulike faktorer som påvirker behandlingen.</p>

I oppgaven har jeg brukt tre kvantitative artikler, som går i bredden for å samle inn informasjon fra mange undersøkelsesenheter og målbare enheter (Dalland, 2015, s.113). En av artiklene er en fenomenologisk studie. Dette er under kategorien kvalitativ studie hvor det subjektive perspektivet utforskes, og en går i dybden for å samle inn informasjon fra få undersøkelsesenheter, samler inn opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2015, s.113). Jeg har også med en systematisk oversiktsartikkel, som er en sammenstilling av flere artikler under samme tema. Den belyser problemstillingen fra flere perspektiver (Helsebiblioteket, 2016).

Hovedkildene gjennom oppgaven vil avhenge av hvilke tema som belyses. Første teoridel berører smerter og smertekartlegging, samt utfordringene med smertebehandling til opioidavhengige. Hovedkildene her er *Klinisk sykepleie Bind 1* (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016), *Retningslinjer for smertebehandling* (Den norske legeforening, 2009), samt



noe forskning. Videre brukes Joyce Travelbees *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* (2017), som sykepleieteoretisk forankring med fokus på den mellommenneskelige relasjonen. I siste del av teorikapittelet belyses de ulike barrierer som hindrer smertebehandling. Her baseres teorien for det meste på forskningsartiklene. Det er også brukt bøker som *Grunnleggende sykepleie* (Kristoffersen & Nortvedt, 2016) og *Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus* (Skoglund & Biong, 2012).

## 2.5 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere kilder, fastslå om de er sanne og overveie etiske prinsipper ved bruk av dem (Dalland, 2015, s.67). Ved litteratursøk ble de mest relevante artiklene valgt ut etter gyldighet og holdbarhet. Et viktig moment i kildevurderingen er at alle artiklene er fagfellevurdert, etiske forhold er forbeholdt og innholdet er relevant for problemstillingen til oppgaven. De vitenskapelige artiklene i oppgaven er godkjent av nasjonal etisk komite i det landet der forskningen er gjort, med unntak av oversiktsartikkelen. Dette er på bakgrunn av at en slik artikkel oppsummerer allerede eksisterende forskningslitteratur (Søk & Skriv, 2017).

Fem av de syv artiklene inkludert i oppgaven er på engelsk. Det er mulighet for at teksten ikke er korrekt oversatt til norsk. Derfor tar jeg forbehold om at tolkningen min kan være feil. I tillegg kan overføringsverdien til Norge ikke være helt fullstendig, ettersom artiklene er basert på studier fra USA, Storbritannia, Australia, Canada og Irland. Jeg har inkludert forskningsartikler fra hele verden ettersom jeg ønsket et bredt perspektiv for å besvare problemstillingen. Ettersom oppgaven min ikke avhenger av forskning innad i Norge, så jeg på dette som interessant og relevant for oppgaven. Hovedbudskapene og funnene er relevante for alle som jobber med pasienter med en opioidavhengighet.

Noen artikler omhandler rusmisbrukere med andre substanser enn opioider. Jeg anser artiklene likevel som relevante for problemstillingen, ettersom de presenterer hovedproblemer rundt rusmisbrukere med akutt smerte på sykehus. Artikkelen til Granheim et al. (2015) handler spesifikt om post-operativ smertelindring. Til tross for at tematikken ikke omhandler et rusmisbruk, er sykepleieperspektivet fra studien interessant. Artiklene anser jeg som relevante fordi de undersøker barrierer som hindrer en optimal smertebehandling ved et opioidforbruk, og presenterer hovedfunn som kan besvare problemstillingen min.

Artiklene fra Li et al. (2012) og Granheim et al. (2015) baserer seg på undersøkelser fra 2009. Til tross for eksklusjonskriteria om å ikke ha med artikler som var eldre enn 10 år, er funnene ved studiene fortsatt gjeldende for dagens problem. Det var noe vanskelig å finne annen relevant og oppdatert forskning fra Norge som rettet seg mot problemstillingen. Derfor valgte jeg å inkludere disse artiklene, fordi jeg ser på tematikken og barrierene som fortsatt gjeldende per dags dato. Disse brukes mye gjennom oppgaven min. Morgan (2015) og Morley et al. (2015) diskuterer svakheter med studiene, ettersom det enten er få deltakere eller er gjort fra små geografiske områder. Likevel anser jeg på kvaliteten av artiklene og funnene i studiene som holdbare.

Joyce Travelbee brukes mye gjennom oppgaven. Hennes bok, *Mellommenneskelige prosesser i sykepleie* er opprinnelig på engelsk, og dermed er den norske versjonen en sekundærkilde. I tillegg er den opprinnelige boken fra 1966, noe som gjør den til en svært gammel kilde. Likevel står den fortsatt gyldig som god sykepleieteori og jeg anser litteraturen som svært relevant for problemstillingen i denne oppgaven.

Ved bruk av bøker fra pensumlisten fra sykepleiestudiet har jeg ikke alltid oppsøkt primærkilder, ettersom det har vært noe uklart hvem som er kilden i teksten. Likevel anses disse bøkene, som *Klinisk sykepleie* av Danielsen et al. (2016) og *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen & Nortvedt (2016) som troverdig og gyldig teori. Derfor har jeg vurdert bøkene som gode sekundærkilder.

Flere av studiene konkluderer med at det trengs mer forskning på feltet, og svakheter ved studiene er at årsaken bak barrierene ikke er undersøkt godt nok. Dette blir dermed også en svakhet med denne oppgaven, i og med at det er et viktig punkt for å avdekke barrierene som hindrer en optimal smertelindring.

## 3 Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Jeg tar for meg begrepet smerter og hva smertebehandling innebærer, ulike utfordringer i behandlingen, Joyce Travelbee sin sykepleierteori, og en presentasjon av de ulike barrierene som kan hindre en optimal smertelindring.

### 3.1 Hva er smerter?

I følge Merskey og Bogduk (1994, s.210) defineres smerte slik: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller som beskrives som dette». McCaffery (1983) har også en definisjon av opplevelsen av smerte. Den som opplever smertene er den som har autoriteten, og smertene er til stede så lenge personen sier de er det.

Smerte kan forklares som en subjektiv følelse eller et psykologisk fenomen, ettersom hvert enkelt individ har en egen opplevelse av smerte. For å kunne konkretisere smerter og behandle dem riktig, kreves det å kjenne til en persons smerteterskel og smertetoleranse. Det er mulig for to personer å ha smerteterskel av samme sort, men likevel ha ulike toleranse for smertene. Dette gjør at en persons atferd og opplevelsen av smertene ikke kan forklares objektiv (Börjesson, Mannerkorpi, Knardahl, Karlsson & Mannheimer, 2009, s.283).

Å leve med en rusmiddelavhengighet kan utgjøre stor lidelse for en person, med forstyrrelse av relasjoner og roller, den generelle helsen og psykiske tilstanden. Dette kan også forsterkes om lidelsen ikke blir validert og forstått (Paschkis & Potter, 2015). Ubehandlet smerte kan føre til konsekvenser som redusert livskvalitet, dårlige sosiale funksjoner, redusert arbeidsevne og søvn (Den norske legeförening, 2009). Det kan også føre til nevrologiske endringer som gjør at smertene blir kroniske, og i flere tilfeller et forlenget sykehusopphold og mistillit til helsevesenet (Paschkis & Potter, 2015).

### **3.1.1 Smertekartlegging og utredning**

Et av de første trinnene i en smertevurdering bør være å anerkjenne og validere en pasients eksistens av smerter, for deretter å forsikre om at en skal gi en tilstrekkelig og god smertebehandling (Pasckis & Potter, 2015). Et mål for behandling av smerter er å lindre og bedre en persons livskvalitet (Den norske legeforening, 2009). En standardisert og systematisk kartlegging sikrer et godt grunnlag for diagnostisering, iverksetting av intervensjoner og individuell smertebehandling. Sykepleieren har en viktig funksjon og et ansvar i å samle inn relevant informasjon. Kartleggingen innebærer å samle data rundt smertens kvalitet, intensitet, lokalisasjon, varighet og variasjon. Kliniske vurderinger innebærer å se etter både atferdsmessige reaksjoner og fysiologiske tegn på smerter. Bruk av kartleggingsverktøy gir grunnlag for en individuelt tilpasset behandling. Dette kan være vurderingsskjemaer, smerteskalaer eller kroppskart som forteller intensiteten av smertene eller hvordan smertene påvirker pasienten. For optimal effekt må de brukes rutinemessig i evalueringen sammen med andre tiltak. Smertekartleggingsverktøy er nyttige fordi vurderingen blir systematisk gjennomført og gir en pekepinn på om iverksatte tiltak fungerer. Individuelle oppfatninger og holdninger ekskluderes fra vurderingen. Videre kan en sammenligne og måle effekten av behandlingen. Dokumentasjon og rapportering av pasientens smerter blir presise og skaper et grunnlag for samarbeid mellom sykepleiere og leger (Danielsen et al., 2016).

### **3.1.2 Opioider og fysiologiske utfordringer ved smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet**

Opioider er stoffer fremkalt av opiumsplanten og inkluderer både naturlige, helsyntetiske og halvsyntetiske opioider. I sin naturlige form kalles det opiater, hvor de viktigste elementene fra planten utvinnes. Mest kjent er morfin og kodein. Helsyntetiske opioider er preparater som er kjemisk fremstilt uten noe naturlige stoffer, som metadon, buprenorfin, oksykodon og tramadol. Halvsyntetiske opioider består av morfin og tilleggsstoffet diacetylmorfin. Opioider virker på opioidreseptoren i hjernen, og gir en rus som virker smertedempende og beroligende (Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan, 2016).

Flere viktige momenter må vektlegges i behandlingen av en pasient med et rusmisbruk (Den norske legeforening, 2009). Etter et jevnlig inntak av opioider vil sentralnervesystemet få langvarige endringer, og dette gjør smertelindringen omfattende og komplisert (Helsedirektoratet, 2010). En utfordring er at mange rusmiddelmissbrukere utvikler unormale smerteresponser og får en økt smertesensitivitet (Den Norske Legeforening, 2009). Mest vanlig er hyperalgesi, som økt smertefølsomhet, og allodynisme som økt smerteopplevelse (Dever, 2017). Toleranseutvikling innebærer endring i fysiologiske reaksjoner på legemidler og behov for større doser legemidler for optimal virkning. Om et opioid seponeres brått kan en pasient oppleve å få abstinenssymptomer, som innebærer en rekke kroppslige reaksjoner, både fysisk og psykisk (Danielsen et al., 2016). Smerte i kombinasjon med abstinens kan føre til sterk uro, angst, aggressivitet og aggresjon (Li et al., 2012).

Den norske legeforening (2009) har utviklet egne retningslinjer for smertebehandling til rusmisbrukere. En nøye kartlegging av bruks- og avhengighetstype av rusmidler er essensielt, og innebærer en anamnese, urin- og blodprøver, samt komparentopplysninger. Pasienter med et misbruk av opioider har et behov for større doser opioider i behandling av akutt smerte. Ofte er detaljene rundt bruk av rusmidler ukjent, noe som gjør at behandlingen kompliseres betraktelig. Hovedprinsippet er at det basale opioid-behovet dekkes, og deretter administreres ekstra doser for å behandle den akutte smerten (Den norske legeforening, 2009).

## **3.2 Å se mennesket bak lidelsen**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Joyce Travelbee sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Teorien beskrives som en interaksjonsteori fordi hennes fokus ligger på utviklingen av relasjoner mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 2017). Jeg bruker hennes teori for å gå dypere inn på hva som er sykepleie og sykepleierens oppgaver.

### **3.2.1 Hva er sykepleie?**

Travelbee presenterer sykepleie som en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker, direkte eller indirekte. Det er en prosess som alltid er under utvikling og fremvekst, og sykepleieren defineres som en “endringsagent”. Sykepleieren går aktivt inn for

å hjelpe og forebygge en problematisk tilstand for et individ, familie eller samfunn. Det arbeides for å få til forandringer, og på denne måten hjelper sykepleieren den gjeldende aktøren til forebygging og opprettholdelse av helse (Travelbee, 2017, s.29-31).

### **3.2.2 Pasienten som “et sett av stereotype kjennetegn”**

«Begrepet “pasient” er sentralt både i sykepleie og medisin, og brukes vanligvis om et individ som er under pleie og behandling av lege eller andre helsearbeidere” (Travelbee, 2017, s.61). Til tross for at begrepet vil være nyttig i kommunikasjonsammenheng, vil ordet “pasient” fort bli en stereotyp med fokus på kategorien individet representerer, fremfor det unike og spesielle ved det. Travelbee kaller dette for en avhumaniseringsprosess. Det sykepleieren forbinder med begrepet “pasient” vil videre dekke “alle pasienter”, og det blir til en bred generalisering. Dette gjenspeiles videre i kvaliteten og kvantiteten på pleien. Totalt sett kan sykepleieren risikere å bare se de karakteristika av hva en pasient representerer, og videre handle og ta avgjørelser uten ytterlige refleksjon. Det kan på denne måten oppstå en barriere mellom sykepleieren og pasienten, og utøvelsen av god sykepleie vil forhindres. Dette kaller Travelbee for “den menneskelige reduksjonsprosessen” (Travelbee, 2017, side 61-67).

### **3.2.3 Menneske-til-menneske-forhold**

Travelbee legger vekt på at det praktiseres god sykepleie når det dannes et godt forhold til pasienten. Forholdet dannes gjennom en eller flere erfaringer. Etterhvert vil pasientens behov bli ivaretatt, sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og evner til intellektuell problemløsning. Når et slikt forhold er opprettet, vil pasienten være mottakelig for sykepleie. Et slikt forhold utvikles ved at sykepleieren er bevisst i egne handlinger, følelser, tanker og bruk av kunnskap og ved å strukturere sykepleieintervensjonen. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å være bevisst i bruk av kunnskap og personlighet, og ha innsikt i hva det innebærer å være et menneske (Travelbee, 2017, s. 177-178).

### **3.2.4 Kommunikasjon, empati og sympati**

Det foreligger kommunikasjon i all interaksjon mellom mennesker. Travelbee presiserer viktigheten av at sykepleieren bruker dette som et verktøy til å skape kontakt og et menneske-til-menneske-forhold. Likevel vil det ikke alltid etableres et slikt forhold, avhengig av hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasienten og bruker seg selv terapeutisk. Kommunikasjon kan dermed også være et hinder (Travelbee, 2017, s.135-138).

Å vise empati er en bevisst prosess som gjør det mulig å forstå og ta en del i et annet menneskets atferd og sinnstilstand. Det er en ferdighet som må jobbes med og en mulighet til å anerkjenne hva den andre parten opplever. Samtidig opprettholdes det et skille mellom “meg” og “deg” fordi man er sammen om noe som to ulike individer. Travelbee er tydelig på at en sykepleier ikke vil oppleve empati med alle mennesker, ettersom empati forutsetter at partene har visse likheter når det kommer til erfaringer og bakgrunn (Travelbee, 2017, 193-197). Sympati er et skritt videre fra empatiprosessen og vesentlig for å nå grunnleggende mål i god og helhetlig sykepleie. Det foreligger et oppriktig ønske om å lindre plager og hjelpe pasienten, ikke bare fordi det er et krav fra jobben. Det er ofte væremåten og atferden som formidler dette. Sykepleieren er i stand til å være følelsesmessig involvert og forstå på et dypere plan, men uten å bli handlingslammet (Travelbee, 2017, s.200-205).

### **3.2.5 Smertens problem**

Travelbee definerer smerte som et problem for den det gjelder, men også for dem som skal lindre og behandle. Smerte i seg selv er et vagt begrep ettersom den ikke lar seg observere. Vi registrerer kun virkningen av den. Hvert enkelt individ har en egen oppfatning og opplevelse av hva smerte innebærer, og det er dermed utfordrende å formidle smerteerfaring til andre. Smerte angår hele mennesket, fysisk og psykisk. Psykisk smerte påvirker det fysiske. Men fysisk smerte har også følelsesmessige innvirkninger som gjør at hele mennesket lider. Det er derfor viktig å se på hele aspektet av mennesket når en skal vurdere og behandle smerter (Travelbee, 2017, s.112-115).

### **3.3 Barrierer for sykepleiers smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet**

Til tross for lite forskning generelt rundt smertelindring til opioidavhengige pasienter, fokuserer den eksisterende forskningen seg i stor grad på barrierene som hindrer smertebehandlingen. Dette kapitlet er sammenfattet i fem hovedpunkter: Kunnskap, stereotype holdninger, opiofobi, tidspress og ytre faktorer, samarbeid og tillit.

#### **3.3.1 Kunnskap**

En av de viktigste ressursene til helsepersonell er kunnskap. Ikke bare sikrer kunnskap ivaretagelse og behandling av pasienter, men den er også med på å sikre helsepersonells identitet som profesjonelle og troverdige yrkesutøvere (Li et al., 2012).

På lik linje som sykepleiere observerer og innhenter viktige data av ikke-opioidavhengige pasienter, skal det også foretas en nøyaktig og systematisk vurdering av pasienter med et rusmisbruk. Dette vil resultere i en optimal og individuell smertebehandling. Ikke bare er kunnskap en viktig faktor i behandlingen av smerter, men også for forståelsen og holdninger til en rusmiddelavhengighet. Forskning slår fast at mangelfull kunnskap om rusmiddelavhengighet fører til utilstrekkelig smertebehandling. I en kvantitativ studie gjort fra norske sykehus kom det frem at et fåtall av sykepleiere kartla rusmisbruket til pasienten. Dette var på bakgrunn av at sykepleierne ikke så på kartleggingen som sitt ansvar og som irrelevant i behandlingen. Det ble konkludert med at sykepleierne manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet påvirket behandlingen av smerter, i tillegg til mangel på rutiner og stigmatiserende holdninger (Li et al., 2012). I annen forskning vises det til at sykepleiere ofte ønsker at rusmisbrukere skal behandles av spesialutdannede. Mangel på kunnskap fører ikke bare til en dårlig smertebehandling, men det resulterer også i mangel på vilje og evne til helhetlig pleie. Håndteringen av denne pasientgruppen blir nedprioritert, noe som fører til redusert kommunikasjon, terapeutisk allianse og forståelse av sykdomssymptomer til rusmiddelproblemer (van Boekel et al., 2013). Selv om sykepleiere oppgir å ha kunnskaper rundt rusavhengighet, hyperalgesi og toleranseutvikling, viser forskning at denne kunnskapen ikke tas i bruk i praksis.



### **3.3.2 Stereotype holdninger**

Ansatte i helsesektoren er en del av sosialiseringprosesser på lik linje som andre mennesker og grupper i samfunnet. Volinn (1983) beskriver tre kategorier av egenskaper som ofte stigmatiseres av helsepersonell, som sosiale egenskaper, fysiske egenskaper og pasienters oppførsel. Stigmatisering foregår ofte ubevisst, og uten ytterligere refleksjon kan dette videreføres til arbeidslivet (Morgan, 2015). Mangel på kunnskap rundt pasienter med en rusavhengighet gjenspeiles i handlingsvalg og behandling, ettersom kunnskapen har betydning for hvordan holdninger dannes og endres (Li et al., 2012; van Boekel et al., 2013).

Rusavhengighet ble lenge sett ut ifra et sosialpsykologisk perspektiv hvor mennesker med et rusmisbruk ble sett på som selvforskyldte for sin lidelse. I senere tid har det blitt et større fokus på å se det fra et biologisk perspektiv, hvor rusavhengighet ses på som en sykdom. Likevel er det fortsatt holdninger om at rusavhengighet er selvforskyldt og kommer av svak viljestyrke (Paschkis & Potter, 2015). Studien til Li og kollegaer (2012) bekrefter at disse holdningene fortsatt eksisterer, hvorav halvparten av deltakerne ikke så på opioidavhengighet som en sykdom. Mangel på forståelse av en rusmiddelavhengighet i sammenheng med smertebehandling har en ugunstig påvirkning på kvaliteten av pleien. Det fastslås at rusmisbrukere blir sett på som «krevende mennesker som er vanskelige å tilfredsstille». På grunn av store smerter oppleves også pasientene som uhøflige og sykepleierne føler seg dårlig behandlet (Morgan, 2015). Å se på rusmiddelmissbrukere som ansvarlige for sin egen tilstand vil dermed også påvirke den terapeutiske relasjonen (Kelly & Westerhoff, 2009). Det er tydelig at hensynet til denne pasientgruppen er lavere sammenlignet med andre pasientgrupper. Det er lite personlig engasjement i pleien, noe som viser seg i kortere besøk hos pasienten, besøk sammen med kollegaer, og en mer oppgaveorientert tilnærming (van Boekel et al., 2013). Dette påvirker smertebehandlingen og ses i hvor mye tid og ressurser helsepersonell er villige til å bruke på pasientgruppen (Paschkis & Potter, 2015).

### **3.3.3 «Opiofobi»**

I smertebehandling av en pasient med en rusavhengighet bør god smertelindring prioriteres fremfor frykten for overmedisinering eller konsekvenser av et langvarig bruk av opioider (Skoglund & Biong, 2012, s.186-201). I en undersøkelse utført av norske sykepleiere og sykepleierstudenter kom det frem at et fåtall tok hensyn til pasientens egen vurdering av

smerter. Det ble ofte gitt en lavere dose opioider enn foreskrevet, noe som også kommer frem i internasjonal forskning. Redsel for konsekvensene av høye doser opioider, som respirasjonsdepresjon eller opioidavhengighet, var påvirkende faktorer. Likevel får mindre enn 1% avhengighetsproblemer etter smertebehandling, og respirasjonsdepresjon er sjeldent ved et stabilt og langvarig bruk av opioider. Denne overforsiktigheten av administrering av opioider omtales som en “opiofobi”. Studien avdekket også at tolkning av pasientens smerteopplevelse hang sammen med tolkning av pasientens atferd. Flere valgte å gi en ineffektiv dose opioider eller ventet for lenge med å gi riktig dose om atferden ikke ga samsvar med hva pasienten ga uttrykk for. Det var mer tilbøyelighet for pasienter som viste tydelige tegn og atferd på smerter (Granheim et al., 2015). I en kvantitativ tverrsnitt studie fra Storbritannia ble sykepleiere intervjuet om hvilket syn de hadde på smertelindring og hva som påvirket behandlingen. Det ble konkludert med at erfaring var verdifullt, noe som ga trygghet i administrering av opioider. Nyutdannede sykepleierne opplever ofte smertebehandlingen til pasienter med et rusmisbruk som stressende og utrygt (Morley et al., 2015). Ofte holdes opioider tilbake på grunn av en eksisterende redsel for bivirkninger og konsekvenser (Granheim et al., 2015).

### **3.3.4 Tidspress og ytre faktorer**

Det er flere relevante faktorer som påvirker smertebehandling i institusjoner. Smertebehandling foregår under organisatoriske rammer som påvirker samspillet mellom sykepleier og pasient. Sykehus er organisert rundt en dominerende modell for akutt pleie som ikke alltid er egnet for pasienter med særegne behov. Lav bemanning og tidspress fører til mindre individualisert pleie. Det kan forekomme frustrasjon i utførelsen av tidkrevende arbeid, mangel på ressurser, og å måtte forholde seg til mange pasienter. Ved administrering av høye doser smertestillende må retningslinjer følges, noe som også krever et tverrfaglig samarbeid. Dette samarbeidet er ikke alltid optimalt, og sykepleiere kan oppleve å måtte forhandle med leger for å administrere større doser smertestillende. Det fremheves også at frykt for juridiske problemer kan hindre sykepleiere i smertelindringen, og spørsmål rundt hva som er grensen til «for mye» opioider. Til tross for at pasienter uttrykker behov for større doser smertestillende, opplever sykepleiere å bekymre seg for om administreringen av legemidlene er forsvarlig (Morgan, 2015).

### 3.3.5 Samarbeid og tillit

Et godt samarbeid og en profesjonell tilnærming til pasienten er grunnleggende for en optimal smertelindring. Klinisk erfaring viser at dersom helsepersonell viser respekt og oppnår tillit tidlig i forholdet, vil relasjonen mellom sykepleier og pasient bli mer optimal videre i behandlingen. Dette krever også et tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren har en nøkkelrolle med nærhet til sin pasient og kompetanse i smertebehandling. Likeså har legen kompetanse og et medisinskfaglig ansvar (Li et al., 2012).

Dette samarbeidet er ikke alltid en selvfølge. Ettersom sykepleiere ikke har størst autoritet i de endelige beslutningene i behandlingen og ordinerer av legemidler, kan de ofte oppleve maktløshet eller å ikke bli hørt (Morley et al., 2015). Samarbeidet mellom sykepleier og pasient kan også forstyrres av flere faktorer. Ofte føler sykepleiere på manipulasjon, eller betviler pasientens vurdering og rapportering av smerte. I studien fra Li et al. (2012) kom det frem at over halvparten av deltakerne opplevde å bli manipulert av opioidavhengige, og i tillegg opplevde pasientene som ruset under innleggelsen. Et mindretall av deltakerne erstattet ikke pasientens daglige behov for opioider. Pasienter med et misbruk velger ofte å ikke være ærlige om det, i frykt for å oppfattes som russøkende og skape mistro blant helsepersonell. En bekymring helsepersonell har er at pasienter skjuler sitt misbruk, som resulterer i at de videre tviler på pasientens rapportering av smerter. Dette kan føre til en vanskelig og aggressiv atferd fra pasienten, og sykepleieren vil mulig holde tilbake opioider. Mangelfull bruk av kartleggingsverktøy øker også risikoen for å bli manipulert eller følelse av å bli «lurt» av rusmisbrukere, som igjen påvirker beslutningsprosesser og gi en utilstrekkelig smertelindring. Relasjonen risikerer å bunne i mistenksomhet og frustrasjon. En annen konsekvens av utilstrekkelig smertebehandling er abstinensutvikling, som kan føre til forsterket hyperalgesi og selvmedisinering. Det er essensielt å kunne stole på pasientens smerterapportering for å styrke verdigheten og relasjonen. Kommunikasjon er også sentralt for et optimalt samarbeid og forsikre at pasienten skal få adekvat smertelindring (Li et al., 2012).

## 4 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven er å belyse problemstillingen “Hva hindrer sykepleiere i å gi en optimal smertelindring til pasienter med en opioidavhengighet, innlagt på sykehus?”. De viktigste funnene i teorijennomgangen er barrierene som hindrer smertelindringen. Pasienter med en rusavhengighet har flere fysiologiske og psykologiske utfordringer, noe som gjør behandlingen komplisert. I tillegg er det viktige funn av andre faktorer, som mangel på kunnskap, stigmatisering, opiofobi, kontekstuelle faktorer og en dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg vil videre belyse problemstillingen ved å drøfte sykepleieperspektiv, pasientperspektiv og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Fokuset rettes mot de ulike barrierene som hindrer optimal smertelindring. Jeg vil også ta i bruk Joyce Travelbees teorier, som en forankring til sykepleieteoretisk perspektiv.

McCaffery (1983) definerer opplevelsen av smerte slik: «Smerte er det den som opplever smerten sier det er, og eksisterer så lenge den som opplever den sier den gjør det». Definisjonen fremhever at hvert enkelt individ har en subjektiv og personlig opplevelse av smerter. Den anbefales å brukes i klinikk, og kan hjelpe helsepersonell å forstå pasientens smerteproblematikk. De yrkesetiske retningslinjene og litteraturen fremhever at pasienter med en rusavhengighet skal møtes på lik linje som andre pasienter. Likevel er smertelindring til rusmisbrukere et omdiskutert tema. Hvorfor er det slik når definisjonen av smerte og retningslinjene til smertebehandling er så klare?

## 4.1 Sykepleieperspektiv

Kunnskap er grunnlaget for handlinger og påvirker beslutningsprosesser (Li et al., 2012). McCaffery & Bebe (1996, s.13) påpeker sykepleierens unike rolle med sin nærhet og bruk av tid hos pasienter, mulighet for iverksetting og endring av tiltak og en kontinuerlig vurdering av smertelindringen. Om handlingene bidrar til ivaretagelse og imøtekommelse av pasienten avhenger av hvilke holdninger som ligger til grunn (Li et al., 2012). Til tross for sin profesjonelle rolle, virker sykepleiere til å ha negative fordommer og forutinntatthet rundt rusmisbrukere (Morgan, 2015). Det vises til en enighet om at rusmisbrukere er uærlige, manipulerende, og overdriver sin egen smertevurdering. Det kommer også frem at et fåtall av sykepleiere bruker kartleggingsverktøy (Li et al., 2012). Dette forsterker antydningen om at helsepersonell mangler kunnskaper, eller ikke tar i bruk kunnskapene i møte med rusmisbrukere. Fordi smerte er en subjektiv følelse, bør systematisk kartlegging være en hovedprioritet. Kartleggingen ekskluderer sykepleiernes tolkninger, gir et sammenligningsgrunnlag for behandlingen og tydeliggjør om sykepleierintervensjonene gir resultater. I tillegg gir det en profesjonell og faglig oppfølging, og sikrer en individualisert behandling og ivaretagelse av pasienten. Men dette ser ut til å glemmes i møte med en rusmisbruker, og det er en tydelig inkongruens mellom kunnskap, handlinger og holdninger (Li et al., 2012).

McCaffery & Beebe (1996) understreker hvordan helsepersonell ofte er ubevisste over manglende kunnskap, ettersom man praktiserer det som er lært. Fordi kartleggingen baserer seg på kommunikasjon, vil mangelfull bruk resultere i en mindre individualisert tilnærming, samt redusert sjanse til å skape kontakt og identifisere pasientens behov (Travelbee, 2017). I flere tilfeller vil holdningene bli overtatt ureflektert fra miljø og mennesker man identifiserer seg med (Svartdal, 2018). Joyce Travelbee (2017) understreker hvordan begrepet «pasient» er med på å skape en generalisering og stereotyp av mennesker som er innlagt på sykehus, noe som påvirker kvaliteten på pleien. Det kan tenkes at ordet «rusmisbruker» på samme måte vil skape en karakteristika som alle pasienter med en rusmiddelavhengighet går innunder. Dette kan skape en barriere mellom sykepleieren og den som skal hjelpes, og videre forhindre god sykepleie (Travelbee, 2017).

Retningslinjer slår fast at rusmisbrukere med smerter skal få dekket det basale opioid-behovet og få ekstra ordinasjon av opioider i tillegg (Den norske legeforening, 2009). Dette ser ikke ut til å følges i praksis. Det påpekes at flere sykepleiere velger å holde tilbake opioider på grunn av en eksisterende redsel for bivirkninger og konsekvenser. I tillegg går sykepleiernes

tolkninger av smerteatferd ofte fremfor pasientens egen smertevurdering som grunnlag for smertebehandlingen (Granheim et al., 2015). Personlig intuisjon og verdier vil likevel ikke gi en faglig tilnærming til pasienten, og McCaffery & Beebe (1996) understreker at en pasients troverdighet ikke skal vurderes. Å ikke gjøre en grundig utredning av smertene, eller ikke å ha troverdighet i pasientens smertevurdering, vil gjøre det til en utfordring å forstå om smertebehandlingen gir resultater. Å trekke upresise konklusjoner om pasienter og deres smerter hindrer adekvat smertelindring (McCaffery & Beebe, 1996, s.12). Ofte «favoriseres» de pasientene som er under rehabilitering for sin avhengighet, eller de som er mer føyelige og samarbeidsvillige (Morley et al., 2015). Falske antagelser om kontrollerbarhet kan forårsake mer intolerante holdninger og vurderinger (Dever, 2017). Dette påvirker behandlingen, kartlegging nedprioriteres og smertebehandlingen blir utilstrekkelig (Li et al., 2012). Ikke bare er stereotyping en psykisk belastning for pasienten, men sykepleieres negative responser kan også påvirke dem selv. Dette kan vise seg i psykologisk stress, spenningstilstand mellom sykepleieren og pasienten, eller følelser av skyld eller skam for å ikke handle faglig (Morgan, 2015). For at sykepleieren skal kunne bruke seg selv terapeutisk, kreves det innsikt i å være menneske. Likevel ser dette ut til å glemmes i møte med pasienter som er utfordrende og som stigmatiseres. Sykepleieren må kunne reflektere over egne erfaringer og kjenne seg selv, som en forutsetning for å akseptere andre mennesker. (Travelbee, 2017). Fra studien til Morley et al. (2015) var flere av deltakerne mer opptatt av å uttale seg om kollegaers negative holdninger, fremfor sine egne. Dårlig evne til å reflektere over egne handlinger og atferdsmønstre ser ut til å påvirke kvaliteten på yrkespraksisen.

Det er flere faktorer som kan påvirke sykepleiere i møte med rusmisbrukere i smerter, som kulturell bakgrunn og familieverdier, personlig erfaring med smerter, mulighet til å identifisere seg med andre pasienter, og ferdigheter i å vise empati og omsorg. Erfaring kan vise seg i personlig utvikling, tålmodighet til å håndtere krevende pasienter, dømmekraft, og bredere forståelse i møte med andre (Morgan, 2015). Erfaring ser ut til å ha betydning når det kommer til håndtering av rusmisbrukere, trygghet i administrering av høye doser opioider og en større tilbøyelighet til å strekke seg noe lenger i smertebehandlingen (Morley et al., 2015). Sykepleiere med flere års erfaring har ofte en større tillit til seg selv og modighet i utøvelsen av sykepleie (Morgan, 2015). Men erfaring betyr derimot ikke alltid økt kompetanse, ettersom erfaringer også bygger på holdninger og tidligere opplevelser. De eldste sykepleierne kan fortsatt sitte med perspektiver rundt det sosialpsykologiske aspektet av rusmiddelavhengighet og stereotype holdninger (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Studier viser til at yngre sykepleiere har lite trygghet innenfor administrering av opioider til rusmisbrukere og har en

tendens til å lene seg på de mest erfarne sykepleierne (Morley et al., 2015). Det er da grunn til å tro at fordommer og gamle tankeganger fort kan overføres til nyutdannede. Dette fremhever også Travelbee i sin teori, hvor det å støtte kunnskap og handlinger på tidligere erfaringer også kan bidra til en generalisering av pasienten, og det unike ved mennesket vil forsvinne (Travelbee, 2017). Å se på rusmiddelforstyrrelse som selvforskyldt kan være et hinder for dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Negative holdninger mot rusmisbrukere er på kant med det faktum at alle pasienter har samme rettigheter til helhetlig pleie (Den norske legeforening, 2009). Til tross for en bred generalisering, vises det også til en enighet om at et helhetlig syn på pasienten er viktig. Alle pasienter med en rusmiddelavhengighet er unike og skal behandles individuelt (Morley et al., 2015).

Det rapporteres at helsepersonell ofte føler seg uegnet til å ta vare på pasienter med en rusmiddelavhengighet (Morley et al., 2015). Følelsen av å mangle spesifikke kunnskaper og ferdigheter til å ta vare på pasientene vil ha en negativ effekt på helsepersonells selvtillit og motivasjon til behandlingen (van Boekel et al., 2013). Rusmiddelmissbrukere krever andre problemløsninger og fremgangsmåter, noe som gjør behandlingen mer krevende. En kan da tenke seg at det vil påvirke sykepleieres selvtillit og tiltro til eget arbeid, og føre til mindre motivasjon i arbeidet med pasientgruppen og følelse av å ikke strekke til (Morgan et al., 2015).

## **4.2 Relasjonen mellom sykepleier og pasient**

Kristoffersen & Nortvedt (2016) understreker hvordan forholdet til en pasient er et profesjonelt hjelpeforhold, med forutsetninger for adekvat helsehjelp og kvalitet på pleien. Det er viktig med en grad av personlig involvering for at pasienten skal bli sett og ivaretatt som et unikt individ, basert på faglig hensikt og kunnskaper. Yrkesetiske retningslinjer understreker også hvordan sykepleieren har profesjonell rolle og faglig forpliktelse ovenfor profesjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren skal være en endringsagent som skal aktivt inn for å hjelpe og vise omsorg til pasienter, men Travelbee poengterer at det kan være en utfordring å vise empati til pasienter med ulike bakgrunner og erfaringer (Travelbee, 2017). Dette støtter opp sykepleiernes utsagn om at det er vanskelig å forholde seg til og forstå pasienter med en rusmiddelforstyrrelse. Sykepleierne møter flere barrierer, som vold, manipulasjon, uansvarlighet og lite motivasjon til behandling. Dette kan være følelsesmessig utfordrende, og det oppleves som stressende og komplisert å vise omsorg til pasienter med en

dobbeldiagnostisering (van Boekel et al., 2013). Likevel understreker Travelbee at empati er noe som skal arbeides med, som en ferdighet (Travelbee, 2017). En kan da stille seg spørsmål om hvorfor dette blir glemt i møte med utfordrende pasienter. Glemmer sykepleiere sin profesjonelle rolle i møte med sine ubevisste stereotype holdninger?

En kan trekke paralleller mellom sykepleiers kunnskap, holdninger og handlinger. Mangel på kunnskap vil ha en negativ effekt på pasientens behandling, møte med helsepersonell og opplevelse av å bli stigmatisert. Dette kan resultere i en ond sirkel, hvor begge parter opplever ytterligere stigmatisering og uønsket atferd (Li et al., 2012). Det er dokumentert at misforståelser ofte forekommer mellom sykepleiere og rusmisbrukere. På grunn av ulike forventninger til behandlingen skapes det barrierer som gjør relasjonen utfordrende (Morley et al., 2015). Dette fremhever betydningen av kommunikasjon, som et hjelpemiddel i å oppnå et menneske-til-menneske-forhold og nærhet til pasienten (Travelbee, 2017). Å møtes med respekt og tillit gjør pasienter mer samarbeidsvillige og åpne om sitt misbruk (Li et al., 2012).

Studien til Morley et al. (2015) diskuterer skillet mellom arbeid innenfor smertefeltet og rusfeltet. Helsepersonell innen rusfeltet er ofte mer bevisste over rusmiddelmissbrukere sitt atferdsmønster, noe som bidrar til en bredere forståelse og ivaretagelse av pasientens behov. Innenfor smertemedisin er det en standard å tro på en pasients smertevurdering, men det ser ut til at dette ikke blir fulgt i behandling av pasienter med en rusmiddelforstyrrelse. Flere studier bekrefter dette, hvor sykepleiere føler seg uegnet til å ivareta pasienter med en rusmiddelavhengighet (van Boekel et al., 2013). Det fremheves også mangel på kunnskap rundt forholdet av et rusmiddelmissbruk og smerter, eller at den innehavende kunnskapen ikke fører til handlinger (Li et al., 2012). Det ser ut til at negative holdninger undergraver kunnskapen, noe som bidrar til å skape et mistillitsforhold til pasienter. De blir fort oppfattet som «russøkende» hvis sykepleiere mistolker atferden. Risikoen for å undergrave pasienters smerter er stor, og vil videre påvirke handlingsvalg (Morgan, 2015). Negative holdninger vises også i forutsetningen til å identifisere seg med pasienten, hvor sykepleiere oppgir å ha lite personlig engasjement, empati, omsorg og tilfredsstillhet i pleien (van Boekel et al., 2013). Dette er i strid med hva Travelbee presiserer for å kunne danne en god relasjon til pasienter og for at de skal være mottakelige for sykepleie (Travelbee, 2017). For å oppnå et tillitsforhold trengs nærhet og kontakt. Sykepleieren må ta del i pasientens atferd og sinnstilstand, som en mulighet til å forstå hva pasienten opplever og styrke det mellommenneskelige forholdet (Travelbee, 2017). Med en dårlig pleiekultur vil disse mulighetene forsvinne, og sykepleieren mister muligheten til å se pasienten som et unikt



individ. Mister sykepleiere fokuset på den mellommenneskelige relasjonen når den medisinske behandlingen blir for krevende?

I behandling av rusmisbrukere kan helsepersonell slite med å gå frem for å skape en god allianse på grunn av mangel på kunnskap og erfaring, men også fordi de møtes med aggresjon, liten samarbeidsevne, ukritiske holdninger til behandlingen og generelt vanskelig atferd. Dette påvirker sykepleierens vilje og evne til å strekke seg lenger for å hjelpe pasienten (Morley et al., 2015). Likevel vises det til at sykepleiere som oftere er i kontakt og arbeider med rusmisbrukere uttrykker mer positive holdninger (van Boekel et al., 2013). Dette er i samsvar med kontakthypotesen, som hevder at kontakt med minoritetsgrupper er med på å svekke fiendtlighet, uforutsette forhold, engstelse for samvær og stereotype holdninger. Mer kontakt med stigmatiserte grupper resulterer i økt empati og medfølelse (Rafiqi & Thomsen, 2014).

### **4.3 Pasientperspektiv**

En pasient med behov for sykepleie vil ofte preges av lidelse og mangel på mening. Det er dermed viktig for sykepleieren å legge til rette for å skape et menneske-til-menneske-forhold hvor håp, mening og mestring står sentralt (Travelbee, 2017). Pasienter med en rusmiddelforstyrrelse og smerter er som nevnt tidligere i risiko for å bli undervurdert og underbehandlet (Morley et al., 2015). Et fåtall av helsepersonell stoler på pasientens smertevurdering, og dette er bekymringsverdig (Granheim et al., 2015).

Det er mulig å tenke seg at å ikke bli trodd på i sin egen smertevurdering fører til mer lidelse og smerter. Å ha smerter som ikke blir validert eller anerkjent kan forverre egenskaper som oppfattes som «narkotikasøkende», og dette kan forsterke stigmatiseringen fra helsepersonell. Rusmisbrukere har en stor risiko for å bli merket som «vanskelige» (Morley et al., 2015). Et negativt atferdsmønster ser ut til å være en direkte konsekvens av en lite optimal smertelindring, og dette kan forsterke helsepersonells negative holdninger (Blay et al., 2012). I tillegg kan pasientens frykt for uforutsigbar og dårlig kontrollert smerte føre til en ond syklus med angst og frykt. Dette kan komme av tidligere smerteopplevelser, som hyperalgesi og allodyni, negative erfaringer med helsepersonell eller abstinensutvikling (Dever, 2017). De fysiologiske utfordringer som kommer etter et langvarig bruk av opioider gjør

smertebehandlingen komplisert. Dette forsterker betydningen av behovet for en individuelt tilpasset behandling. Li og kollegaer (2012) fremhever også betydningen av å forstå en pasients lidelser ut i fra sosiale, psykologiske og kulturelle faktorer. Hvert enkelt individ har en egen oppfatning og opplevelse av smerte, i tråd med hva McCaffery sier. Smerte angår hele mennesket, fysisk og psykisk, og vil gjøre at hele mennesket lider. Å ikke bli sett og validert kan føre til mer psykisk lidelse, som igjen vil forsterke den fysiske smerten. Det er dermed viktig å se hele aspektet av mennesket under behandlingen (Travelbee, 2017). Det vil alltid forekomme perioder med atferdsmessige og fysiologiske tilpasninger til smerter, som viser seg i mindre synlig smerteatferd. På denne måten kan sykepleieren tro at smertelindringen er adekvat, fordi pasienten ikke lenger gir like tydelige tegn på smerter. Da vil det være fare for å trekke konklusjoner om uærlighet om pasienten forespør mer smertestillende. Å ikke fortelle om sine smerter vil ikke nødvendigvis bety fravær av smerter (McCaffery & Beebe, 1996, s.17).

Det er dokumentert at rusmisbrukere stigmatiseres etter flere ulike faktorer, som ved høyt forbruk og toleranse for opioider, smerteatferd som ikke samstemmer med pasientens smertevurdering, forespørsel om spesifikke legemidler, etterspørsel om mer smertestillende eller at pasienten følger med på klokken til neste dosering (Morgan, 2015). Å bli møtt med stigmatiserende holdninger gjør også at pasienter kan møte helsepersonell tilbake med samme stigmatiserende oppførsel. Møtes de med mistenksomhet, vil de også møte sykepleierne tilbake med samme oppførsel (Li et al., 2012). På grunn av tidligere negative erfaringer med helsepersonell, kan også pasienter ha forutinntatte forestillinger om helsepersonell og behandlingen. Dette kan føre til dårlig atferdsmønster (Morley et al., 2015). I tillegg kan det virke negativt på motivasjonen og tilliten, som deretter påvirker behandlingsresultater fra helsepersonell. Rusmisbrukere møtes ofte med frustrasjon og maktløshet i innleggelse på en institusjon, og behandlingen kan oppfattes som stressende og komplisert. Pasienter som opplever diskriminering kan reagere med å være mindre tilbøyelige i behandlingen (van Boekel et al., 2013). Å ikke stole på pasientens utsagn om smerter kan føre til at pasienter prøver en annen tilnærming, som løgner eller overdrivelser for å bli sett. Denne endringen i oppførsel kan føre til mer mistenksomhet fra helsepersonell og det kan utvikles sterke motsetningsforhold (McCaffery & Beebe, 1996). I tillegg vil møtet med stigmatiserende helsepersonell være en stor psykisk belastning, som kan føre til frustrasjon, engstelse, depresjon og sinne (Morgan, 2015). I verste fall skriver slike pasienter seg ut fra sykehuset før behandlingen er avsluttet (Li et al., 2012).

Likevel viser studier til at flere rusmisbrukere uttrykker gode opplevelser med helsesystemet, så lenge de ble møtt med anerkjennelse og respekt. Dette til tross for at smertelindringen ikke er optimal under sykehusoppholdet. Helsepersonellens innsats blir verdsatt så lenge de viser en genuin interesse og innsats (Blay et al., 2012). Pasienter rapporterer positive opplevelser til smertebehandlingen så lenge de blir møtt med medfølelse, respekt og anerkjennelse av behov (Paschkis & Potter, 2015), noe som kan understreke viktigheten av å skape en mellommenneskelig relasjon. Smertebehandling krever samhandling mellom pasient og sykepleier (Blay et al., 2012). En kan da stille seg spørsmålet rundt hvorfor dette fokuset ofte glemmes i møte med en rusmisbruker. I studien til Blay og kollegaer (2012) vises det til høy pasienttilfredshet når helsepersonell viser en genuin innsats i behandlingen og «prøver sitt beste».

## 5 Konklusjon

De siste tiårene har sykepleieres holdninger og kunnskaper ovenfor rusmiddelmisbrukere gått igjennom endringer, og en rusavhengighet blir nå også forstått ut i fra et biologisk perspektiv. Likevel viser forskning at gamle holdninger fortsatt eksisterer, og ser ut til å prege møtet med rusmiddelmisbrukere i behandling av smerte. En negativ pleiekultur i kombinasjon med lavt nivå av kunnskaper ser ut til å skape en ugunstig effekt på smertebehandlingen. I tillegg mister sykepleieren sin profesjonelle, vel så mye som terapeutiske nøkkelrolle i møte med pasienten.

Travelbees teori, som belyser relasjonsbygging og viktigheten av et menneske-til-menneske-forhold, fremhever hvordan sykepleiere skal se individet bak pasientrollen. Negative atferdsmønstre fra pasient og sykepleier påvirker hverandre og fører til et dårlig utgangspunkt for utøvelse av god sykepleie. Psykisk smerte er vel så vond som fysisk smerte. Å skape et forhold i form av respekt og anerkjennelse kan resultere i et samarbeidsgrunnlag med ærlighet og tillit. Sykepleierens innsats og genuine interesse i smertebehandlingen verdsettes høyt, selv om smertelindringen ikke alltid er optimal. Videre ses viktigheten av å ikke basere sin kompetanse på erfarings-basert kunnskap. Underprioritering av smertekartlegging kan være et resultat av kunnskapsmangel, liten fortrolighet til metoden, eller neglisjering av pasientens smerteproblematikk. I tillegg kan kontekstuelle faktorer påvirke kapasiteten til å ivareta pasienten. Det er likevel nødvendig for sykepleiere å ta mer hensyn til pasientens vurdering av smerter.

Funnene i denne oppgaven tyder på at sykepleiere kan påvirke smertebehandlingen til opioidavhengige, med sin nærhet og nøkkelrolle til pasienten. Likevel eksisterer det flere barrierer som hindrer en optimal smertelindring til rusmisbrukere med akutt smerte. Det er tydelig mangel på praktisering av handlinger, til tross for at sykepleiere oppgir å ha gode kunnskaper. Underbehandling og nedprioritering av smertebehandlingen kommer ofte av misforståelser rundt avhengighetssyndromet, virkning og bivirkninger av opiater, og selve smertebehandlingen. Det er flere fysiologiske og psykiske utfordringer i møte med rusmiddelmisbrukere. Fysisk avhengighet og toleranseutvikling er likevel forutsigbare konsekvenser av en langvarig eksponering. Det ser ut til at stereotype holdninger og kunnskapsbegrensninger er de største barrierene.

Jeg har lært mye i denne skriveprosessen, både om opioidavhengighet, men også mine egne holdninger og tanker ovenfor tematikken. Dette har gjort meg mer bevisst om hvor stor påvirkningskraft holdninger har i møte med andre mennesker og hvordan man påvirkes av miljøet rundt. Ut fra egenerfaring på sykepleierstudiet er det lite fokus på rusmiddelavhengighet og smertebehandling, og jeg vil trekke konklusjonen i retning av et behov for at dette tar en større plass i utdanningen. I tillegg har sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for egen praksis. Refleksjon over egne trossystemer og atferdsmønster, og å gå aktivt inn for å øke kunnskapen, kan bidra til en positiv pleiekultur og ivaretagelse av pasienter med en opioidavhengighet. Samtidig er det et behov for et større fokus om tematikken på arbeidsplassen. En del av konklusjonen vil dermed også være at det er behov for trening og opplæring for å utvide ferdigheter, selvtillit og kunnskap i arbeid med pasienter med en rusmiddelavhengighet.

Økt kunnskap kan bidra til holdningsendringer, trygghet og støtterammer i smertebehandlingen av rusmisbrukere. Det er dermed grunn til å tenke at en økning i kunnskaper også kan bidra til økt empati og forutsetninger for god utøvelse av sykepleie. Et fokus på den mellommenneskelige relasjonen og det psykiske aspektet ved mennesket kan gi en positiv effekt på smertebehandlingen.

# Litteraturliste

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan. (2016, 10.november). Opiatene: heroinets opphav. Hentet fra: <https://www.actis.no/kunnskap/opiatene-heroinets-opphav>

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. & Lamont, F. (2012) Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Journal for the Australian Nursing Profession*, 42 (2), 289-297. DOI: 10.5172/conu.2012.42.2.289

Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J., & Mannheimer, C. (2009) Smerter. I Bahr, R. (Red). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (Del 2: Kapittel 45, side 583-585). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-45-smerter.pdf>

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Dalland, O. & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk. I Dalland O. (red), *Metode og oppgaveskriving*, (5.utg.), s.63-81. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Dever, C. (2017). Treating Acute Pain in the Opiate-Dependent Patient. *Journal of Trauma Nursing: The official journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(5), s.292-299. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000309

Den norske legeforening (2009, 03.mars). Retningslinjer for smertebehandling. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Folkehelseinstituttet (2018). Årets narkotika-statistikk: antall nye heroinbrukere kan være på retur. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/arets-narkotika-statistikk-antallet-nye-heroinbrukere-kan-vare-pa-retur/>

Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning*, 10: 326-334. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983

Haber, P.S, Demirkol, D., Lange, K. & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted hospital. *The Lancet*. 374:1284-1293. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61036-9

Helsedirektoratet. (2010). 6.1 Diagnosen opioidavhengighet - Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/6-indikasjon-henvisning/6.1-diagnosen-opioidavhengighet>

Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). Systematisk oversikt. *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Kelly, J.F., & Westerhoss, C.M. (2009). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions?: A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug policy*, 21, 202-207.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimstbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*, (3.utg, 89-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain. *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2 utgave. Seattle: IASP Press. Hentet fra: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>

McCaffrey, M. (1983). Nursing the Patient in Pain. *Lippincott Nursing Series*. London: Harper and Row Publishers Ltd.

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

Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance Use Disorders in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 710-711. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Morgan, B.D. (2015). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorder in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1):165-175. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.08.004.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler*. Oslo: NSF. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Paschkis, Z. & Potter, M.L. (2015). Acute Pain Management for Inpatients with Opioid Use Disorder. *The American Journal of Nursing*, 115(9):24-32. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000471243.30951.92

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

Rafiqi, A., & Thomsen, J.P.F. (2014). Kontakthypotesen og majoritets- medlemmers negative stereotyper. *Universitetsforlaget, Tidsskrift for samfunnsforskning vol 55(4)*, s. 416-438.



Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I Boing, S. & Ytrehus, S. (Red). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (186-201). Oslo: Akribe

Svartdal, F. (2018, 8.juni). Sosialpsykologi: Holdning. Hentet 25.03.19 fra:

<https://snl.no/holdning>

Søk & Skriv (3 august, 2017). Kildebruk og referanser: Kvalitative vurderinger. Hentet fra:

<https://sokogskriv.no/om-sok-skriv/>

Thidemann, I.J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trydal, H. & Borchgrevink, P.C. (2014). Smerter. I Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H. (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling*. (s. 258-275). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., van Weegehel, J. & Garretsen, H.F. (2013). Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1–2):23–35. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.

Volinn, I.J. (1983). Health professionals as stigmatizers of diseases: Alcoholism and leprosy as examples. *Social Science Medicine*, 17(7), 385-393. DOI: 10.1016/0277-9536(83)90341-6

