



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus

Pain management in hospitalized substance abusers

Bachelor i sykepleie

SK 152

Avdeling for helsefag

Institutt for sykepleieutdanningen

2017-06-02

Antall ord: 6961

Av Cathrine Stokmo Nikøy

Veileder: John Roger Andersen

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Smertelindring til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus.

Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus. Etter å ha vært i praksis på en akuttpost for rusmiddelavhengige, har jeg fått oppleve vanskeligheter rundt smertelindring til nettopp disse pasientene. Jeg synes derfor det er interessant å se på hvordan denne problemstillingen er på somatiske avdelinger på sykehus, hvor personalet ofte ikke har like stor grad av erfaring med denne pasientgruppen og denne problemstillingen.

Problemstilling

Hvordan lindre smerte hos rusmiddelavhengige innlagt på en somatisk avdeling på sykehus?

Fremgangsmåte/Metode

Jeg har brukt litteraturstudie som metode, samt valgt ut relevant faglitteratur, litteratur fra pensum, forskningsartikler og retningslinjer for å komme fram til en konklusjon på min problemstilling. For å finne forskning søkte jeg i ulike databaser. Jeg endte opp med å bruke fem ulike forskningsartikler, hvor tre er oversiktsartikler, og to er norske studier som er gjort på dette temaet på sykehus i Norge. Jeg synes disse fem artiklene bidrar til å belyse min problemstilling på en god måte.

Oppsummering

Litteraturen viser at smertelindring til rusmiddelavhengige kan by på utfordringer i forhold til at pasientene ofte er svært tolerante overfor opioider som blir brukt som smertelindring, samt at de har utviklet økt smertefølelse. Det er dårlig kunnskap om dette blant helsepersonell, noe som kan påvirke holdninger overfor denne pasientgruppen. Holdninger og dårlig kunnskap gjør at disse pasientene ofte ikke blir trodd, de har derfor økt risiko for dårlig smertelindring. Dette kan føre til dårlig kommunikasjon og samarbeid, noe som er avgjørende for å skape tillit mellom pasient og sykepleier.

Nøkkelord: smertelindring, rusmiddelavhengige, opioider.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensning	1
1.3 Hvordan oppgaven er blitt løst	2
2.0 Metode	3
2.1 Søkord og databaser	3
2.2 Presentasjon av litteraturen	3
2.3 Kildekritikk	4
2.3.1 Vurdering av forskning og faglitteratur	4
2.3.2 Vurdering av metode	4
3.0 Teori	6
3.1 Smerter og behandling	6
3.2 Rusmiddelavhengighet	7
3.2.1 Hva er egentlig narkotika?	7
3.2.2 Hva er rusmisbruk	7
3.2.3 Hva skjer i hjernen?	8
3.2.4 Toleranseutvikling	8
3.2.5 Hva er abstinenser?	8
3.2.6 Sykdommer og skader som gjør at rusmiddelavhengige blir lagt inn på sykehus	9
3.3 Holdninger, kommunikasjon og kunnskap	9
4.0 Funn/resultat	11
4.1 Presentasjon av forskning	11
4.1.1 <i>How to manage pain in addicted patients</i>	11
4.1.2 <i>Acute pain management in opioid-tolerant patients: a growing challenge</i>	11
4.1.3 <i>Acute pain management for opioid dependent patients</i>	12
4.1.4 <i>"Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus"</i>	12
4.1.5 <i>Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study</i>	13
5.0 Drøfting	14
5.1 Forskning	14
5.1.1 <i>Oversiktsartiklene</i>	14
5.1.2 <i>Norske studier</i>	15
5.2 Holdninger, kommunikasjon og kunnskap	15
6.0 Konklusjon	19
Litteratur	20

1.0 Innledning

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til rusmiddelavhengige innlagt på sykehus. Pasientene kan ha tilleggsykdommer og smerter av ulike grunner ved siden av sitt rusproblem, men kan også være ekstra utsatt for skader som for eksempel infeksjoner, akutte skader som vold og ulykker, og sårproblematikk (Skoglund & Biong, 2012, ss. 186-187). Pasienter med misbruk av opioider, spesielt heroin, kan ha utviklet en svært høy toleranse ovenfor morfinpreparatene som er mest vanlig å bruke som smertelindring. Derfor trenger de ofte høyere doser av legemidlene de får, enn andre pasienter uten toleranseutvikling. Derfor utgjør disse pasientene en utfordring i forhold til smertelindring, og dermed rehabilitering under og i etterkant av et sykehusopphold (Nakstad, 2011, s. 568). En annen grunn til at smertelindring til rusmiddelavhengige kan være vanskelig kan blant annet være for lite kunnskap, og negative holdninger blant helsepersonellet som behandler disse pasientene (Li, Andenæs, Undall, & Nåden, 2011). Det er mellom 28,6 og 38 millioner mennesker på verdensbasis som bruker opioider, ifølge World Drug Report 2014 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Dette inkluderer de som får opioider på resept i form av smertestillende, men også dem som bruker opioider illegalt, som for eksempel heroin.

Etter å ha vært i praksis på en akuttpost for rusmiddelavhengige har jeg fått oppleve vanskeligheter rundt smertelindring til nettopp disse pasientene, men jeg har samtidig fått se hvordan de som jobber med rusmiddelavhengige er spesialisert på dette emnet, og gjerne kan ha en annen type forståelse og tilnærming enn på andre avdelingen på sykehus. Jeg synes derfor det er interessant å se på hvordan denne problemstillingen er på somatiske avdelinger på sykehus, hvor personalet ikke alltid har like stor grad av erfaring med denne pasientgruppen.

1.1 Problemstilling

Hvordan lindre smerte hos rusmiddelavhengige innlagt på en somatisk avdeling på sykehus?

1.2 Avgrensning

Problemstillingen min er i utgangspunktet bred, så jeg har valgt å avgrense den. Jeg har valgt å fokusere på sykepleier sin funksjon i smertelindringen av denne pasientgruppen. Sykepleier sin funksjon rundt denne problemstillingen inkluderer temaer som for eksempel administrering av medikament, holdninger og kunnskap, kommunikasjon og væremåte, avdekking av smertegrad og forskjellen mellom smerter og abstinenser. Jeg har også valgt å ha et hovedfokus på rusmiddelavhengige i form av opioidavhengige, både de som er blitt avhengige av reseptbelagte opioider, og de som skaffer

opioider ulovlig. Jeg vil avgrense smerten til akutt smerte ved sykdom eller skade, og jeg vil avgrense sykehus til når pasienten er innlagt på en somatisk avdeling, som for eksempel kirurgisk avdeling.

1.3 Hvordan oppgaven er blitt løst

Videre vil jeg først legge fram metoden jeg har brukt for å komme fram til et svar på min problemstilling. Jeg presenterer videre relevant litteratur, teori og forskning for min problemstilling. Til slutt vil jeg drøfte teori, forskning, egen erfaring og meninger opp mot hverandre, og til slutt komme fram til en konklusjon.

2.0 Metode

Grunnen til at man velger en metode er for å ha et redskap og en framgangsmåte for å samle inn relevant data for å belyse problemstillingen vår på en god måte (Thidemann, 2015, ss. 76-79).

Metoden jeg har valgt er litteraturstudie. Et litteraturstudie vil si at tidligere skriftlig litteratur blir presentert.

2.1 Søkeord og databaser

Jeg har brukt databasene Academic Search Elite, Cinahl og Medline, samt PubMed for systematisk søk. Ved å bruke søkeordene "pain", "addicted", og "patients" på Academic Search Elite, Cinahl og Medline fikk jeg opp 141 treff, innenfor de siste 10 årene og avgrenset for kun engelske artikler. Her fant jeg forskningsartikkelen "How to manage pain in addicted patients". Ved å bruke søkeordene "pain management", "addicted patients", og "hospital" i samme databaser fant jeg artikkelen "Acute pain management for opioid dependent patients". Også her var søket avgrenset til de siste 10 årene, og for kun engelske artikler. I databasen PubMed brukte jeg søkeordene "addicted patients", "pain management" og "hospital" med avgrensning til "Review" fikk jeg 4 treff. Jeg valgte ut artikkelen "Acute pain management for opioid dependent patients". Før jeg begynte å søke, og under søkeprosessen var jeg på jakt etter oversiktsartikler, samt studier som beskriver problemstillingen under norske forhold.

For å finne annen litteratur har jeg forhørt meg rundt med medelever som skriver om samme tema, hva de anbefaler, sett på litteraturlistene til tidligere bacheloroppgaver, tilfeldig kommet over aktuelle bøker, blitt anbefalt litteratur av personer jeg har møtt på i mine praksisperioder, eller brukt litteratur som jeg allerede har hjemme.

2.2 Presentasjon av litteraturen

Jeg har funnet ulike forskningsartikler, faglitteratur og pensumlitteratur som jeg syns besvarer min problemstilling. Jeg har for det meste brukt primærlitteratur, men har også brukt sekundærkilder da det kan være vanskelig å finne kun primærlitteratur. Jeg har funnet fem forskningsartikler som jeg syns er relevant for min oppgave, hvor tre er oversiktsartikler og to er enkeltstudier. De norske enkeltstudiene har brukt spørreskjema for å komme fram til et resultat, og er begge kvantitative. I oversiktsartiklene er det blitt sammenlignet data fra tidligere forskning for å besvare spørsmålet. Jeg ønsker også å få med hvorfor holdninger blant helsepersonell, samt kommunikasjon med brukerne er viktig for innvirkningen på smertelindringen til rusmiddelavhengige.

2.3 Kildekritikk

Med kildekritikk menes det at man skal vurdere og karakterisere litteraturen som blir brukt (Dalland, 2012, s. 67). Ved å få fram hvilken relevans og troverdighet litteraturen har for å besvare problemstillingen din, får leseren tatt del i de refleksjonene du har gjort i prosessen ved å velge litteratur. Ved valg av data er det altså viktig å sette krav til at dataene er relevant for problemstillingen, samt er pålitelig og troverdig (Dalland, 2012, s. 120). Det er ikke godt nok at kildene er til å stole på, hvis ikke data er relevant. Det er viktig for påliteligheten til dataene at intervjuobjektene i for eksempel forskningsartiklene har oppfattet spørsmålene riktig, og at den som intervjuer har notert svaret riktig. Jeg leste først gjennom sammendraget av artiklene, og har vurdert at artiklene er troverdig og relevant nok for min problemstilling før jeg valgte å bruke dem, samt at jeg så etter styrker og svakheter ved dem.

2.3.1 Vurdering av forskning og faglitteratur

Artiklene jeg har valgt sier alle noe om hvordan smertelindre rusmiddelavhengige på best mulig måte, hvilke syn og holdninger sykepleiere og leger har til denne pasientgruppen og til denne problemstillingen. De fleste av artiklene mine er fra nyere tid, og er fortsatt relevant i dag. Den eldste jeg har er fra 2006, som gjør at den kanskje er i det eldste laget. Jeg har tatt dette i betraktning når jeg leste den, men jeg syntes likevel at den er relevante nok til å ha med i min oppgave. De tre oversiktsartiklene mine er skrevet på engelsk, samt den ene norske studien jeg har valgt, noe som gjør at det er en sjans for at jeg tolker innholdet feil. Jeg har prøvd å lese nøye gjennom dem, og brukt oversettingsverktøy til hjelp for å forstå innholdet best mulig. Jeg synes det var en utfordring å finne litteratur som var direkte rettet mot min pasientgruppe. Jeg fant bøker som var relevant for temaer som hva rusmisbruk er, holdninger og hva rus gjør med hjernen. Det kan være en svakhet at det fortsatt finnes så lite litteratur rettet direkte mot rusmiddelavhengige. Til tross for det synes jeg det var god litteratur å bruke, da det likevel forteller mye om problemstillingen min.

2.3.2 Vurdering av metode

Metoden som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Vurderingen blir her om dette er en god metode å bruke for å komme fram til en konklusjon på min problemstilling. Det positive med litteraturstudie i denne sammenheng er at man kan finne mye god og relevant forskning, skrive et sammendrag og deretter sammenligne dem og sette dem opp mot hverandre for å til slutt finne en konklusjon (Thidemann, 2015, s. 79). Det negative med litteraturstudie er at det alltid vil være en risiko ved å benytte seg av andre sin forskning. Dette fordi forskningen som er gjort alltid er en annen persons tolkning av data, som man igjen selv tolker. I tillegg får man ikke snakket med intervjuobjekter selv, observert og valgt ut spørreskjema, men bruker andre sitt arbeid. Det er svært mye

litteratur en kan vurdere og jeg måtte gjøre et avgrenset søk. Det kan derfor godt hende at det er viktige artikler jeg ikke har fått med.

3.0 Teori

3.1 Smerter og behandling

Som sagt er det akutte smerter som er fokuset i denne oppgaven. I følge retningslinjene fra den norske legeforening kan akutte smertetilstander som sees på sykehus kan for eksempel være postoperativ smerte, frakturer, migrene, nyrestein, hjerteinfarkt, eller gallekolikk (Den norske legeforening, 2009). Akutt smerte kan også være psykiatrisk relatert, som for eksempel depresjon, psykose og akutte panikkanfall. Sterke, akutte smerter kan igjen føre til andre komplikasjoner, eller forlengelse av sykehusinnleggelsen og rehabiliteringsfasen. Derfor er det ekstra viktig at akutt smerte behandles riktig og effektivt. Rusmiddelavhengige kan også ha traumer etter tidligere opplevelser som er utgangspunktet i de akutte smertene (Den norske legeforening, 2009).

Å smertelindre en opioidavhengig kan være utfordrende fordi den enkelte pasient kan ha mer medikamenttrang, enn behov for smertelindring (Den norske legeforening, 2009). Eller så kan medikasjonen med opioider vekke en medikamentlengsel for pasienter som tidligere var opioidavhengig. Likevel har denne gruppen pasienter krav på like god smertebehandling som andre. I retningslinjene fra Den norske legeforening er det enkelte momenter som bør vektlegges i behandlingen av denne gruppen pasienter. Man må tenke på at mange av disse pasientene har økt smertesensitivitet og intensitet, en opplevelse av avvising eller dårlig behandling kan i seg selv gi trang til å ruse seg, hvilke rusmidler pasienten ruser seg på har mye å si for behandlingsproblemene. Å finne ut av bruks- og avhengighetstype er derfor en viktig faktor for behandlingen (for eksempel urin/blodprøver). Andre momenter er at psykiske vansker samtidig med smerten kan være dominerende for pasientens opplevelse av situasjonen, og mange tror at det kun er opioider som er effektivt som smertelindring. Høye doser ikke-opioide analgetika, sammen med god informasjon kan ha overraskende god effekt. Smertebehandling til pasienter med rusmiddelproblemer bør så langt det er mulig skje i samarbeid med fagfolk med kompetanse når det kommer til rus, og eventuelt psykiatri. Å behandle akutt smerte er vanligvis ikke et problem om man følger vanlige retningslinjer for smertelindring. Er pasientene allerede under opioidbehandling, eller er tolerant overfor opioider kan det oppstå problemer. Misbrukere av opioider trenger betydelig høyere doser enn personer som ikke er avhengig. Man må behandle de akutte smertene, i tillegg til å dekke basalbehovet for opioider (Skoglund & Biong, 2012, ss. 193-195). Metadon 30 mg er som oftest en tilstrekkelig dose for å forhindre alvorlige abstinenser. NSAID kan gi god effekt så lenge det ikke er kontraindikasjoner. Dosen skal kontinueres dersom pasienten får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med metadon, men dosen kan deles om det er behov for det. Det kan gis ekstra doser på 10 - 20 mg for å lindre den akutte smerten. Før pasienten skrives ut fra sykehus er det optimalt å trappe ned

opioidbehandlingen. Det er forsvarlig å avtale oppfølging etter utskrivningen (Den norske legeforening, 2009). Vurderes LAR som en aktuell rehabilitering/oppfølging, må det nærmeste LAR-senteret kontaktes. Både før og etter smertebehandling av rusmiddelavhengige, er det svært viktig å gjøre en omfattende vurdering av grad av smerter, samt avhengighet.

3.2 Rusmiddelavhengighet

3.2.1 Hva er egentlig narkotika?

I dagligtalen snakker man om narkotika som om det er en gruppe stoffer med fellestrekk når det kommer til virkning, innhold og farlighetsgrad (Fekjær, 2008, s. 32). Dette er feil. Det eneste som er felles er at de ulike stoffene blir brukt som rusmiddel, og er ulovlig fordi det bare er de siste 40 årene de har vært aktuell i vår kultur. Det var i hovedsak ved FNs narkotikakonvensjon i 1961 at det ble bestemt hvilke stoffer som skal defineres som narkotika. Konklusjonen her var at stoffene som ble brukt av de "pene" menneskene i de rike landene forble lovlig, mens stoffene de fattige menneskene i de fattige landene brukte, ble definert som narkotika og ulovlig. I 1971 og i 1988 vedtar FN nye narkotikakonvensjoner, og alle tre er i dag gyldig i de aller fleste land. I Norge er det en liste med stoffer som Helsetilsynet lager, som bestemmer hva som er definert som narkotika. Per dags dato er det ca. 200 stoffer på denne listen. Avhengighetsskapende legemidler som omsettes ulovlig, og hvor bruken ikke er forskrevet av lege, regnes også som narkotika (Fekjær, 2008, s. 32).

3.2.2 Hva er rusmisbruk

Rusavhengighet kan defineres slik: "Rusavhengighet er en kronisk tilstand med fysisk avhengighet, økt toleranse og tap av kontroll over rusingen" (Halvorsen, 2012, s. 290). Til tross for at det ikke er helt tilfeldig hvem som blir rammet av en ruslidelse, er det ingen som er sikret å unngå det (Lossius, 2012, ss. 23-30). Rusavhengighet er en kompleks tilstand som er avhengig av flere forhold. Det er noen mennesker som er mer sårbare enn andre for å utvikle rusproblemer, som for eksempel barn med alvorlig angst, spiseforstyrrelser, ubehandlet ADHD, depresjoner, traumer, relasjonsskader eller tilknytningsproblemer. Barn og ungdommer som vokser opp under problematiske hjemmeforhold, er ofte de som har mest problemer med det sosiale nettverket, tilknytning og relasjoner til venner, og troen på seg selv. Når disse barna blir eksponert for rus, har de ofte større risiko enn andre barn med normale oppvekstforhold for å utvikle langvarige rusproblemer (Lossius, 2012, ss. 23-30).

"Opiatkrevende oppførsel av narkomane er et fenomen som er mer avhengig av tilgjengelighet av stoff og av sosiale faktorer enn av fysiske abstinenssymptomer" (Fekjær, 2008, s. 217). Det blir feil å kjennetegne en narkoman med avvenningsplager. De kjennetegnes heller med alt styret disse menneskene ofrer for å få tak i stoffet de trenger. Frykten for avvenningsplager kan være en del av motivet for å fortsette rusmisbruket, og utsette avrusning. Men det skal sies at de fleste

rusmiddelavhengige har perioder hvor det fysiske suget forsvinner, og de holder seg rusfri en stund. Avhengighet kan med andre ord ikke forklare hvorfor mange begynner å ruse seg på nytt.

3.2.3 Hva skjer i hjernen?

For at man skal kunne forstå hvorfor mange velger rus, og utviklingen av rusproblemer er det viktig å forstå rusens mange funksjoner (Lossius, 2012, ss. 23-30). De samme områdene av hjernen som er aktiv når vi opplever glede og nærhet i forhold til andre mennesker, blir påvirket av rusmidler. Med andre ord kan rusmidler utkonkurrere og erstatte behovet for nærhet og gode relasjoner til andre mennesker. Rusmidler har også den effekten at den kan endre intensiteten av forskjellige følelser som for eksempel glede, sinne og tristhet, og dempe ulike former for depresjoner, angst og uro, samt holde selvskadning og alvorlig spiseforstyrrelse under kontroll. Det kan også fungere som en pause fra hverdagen og dens realiteter, fylle eventuelle emosjonelle tomrom, samt dempe smerter av ulike grunner (Lossius, 2012, ss. 23-30).

3.2.4 Toleranseutvikling

Ved gjentakende inntak av rusmidler skjer det en forandring i hjernen som kalles toleranseutvikling (Jellestad, 2012, ss. 75-77). Følgende av dette er at man må innta en høyere dose av et rusmiddel for å oppnå samme effekten som før. Grunnen til at dette skjer er fordi kroppen kompenserer for ytre påvirkninger, slik at for eksempel temperatur, væskebalanse, blodtrykk, konsentrasjon av salter og lignende blir opprettholdt. Det som skjer ved toleranse av et rusmiddel er at ulike nevrale endringer, som for eksempel reduksjon i antallet reseptorer og reduserte bindinger av transmittormolekyler til reseptorene. Når det gjelder morfin og heroin, og utviklingen av toleranse for disse stoffene, skyldes det at virksomheten til et enzym som heter adenylat cyclase hemmes ved inntak av stoffene. Dette enzymet spiller en stor rolle for nervecellenes aktivitet og har som jobb å sende nerveimpulser videre til andre nerveceller. Etter hvert vil stoffenes opprinnelige virkning på nervecellene svekkes fordi enzymet tilpasser seg, og det trengs en større dose for å oppnå ønsket virkning. Dette skjer ved gjentatt eksponering av stoffene (Jellestad, 2012, ss. 75-77).

3.2.5 Hva er abstinenser?

Dosen og de farmakologiske egenskapene til opioidet pasienten bruker, har alt å si for intensiteten av symptomene ved opioidabstinensene (Helsedirektoratet, 2016). Den nevrologiske tilpasningen til opioider er ulik fra person til person. Ved inntak av korttidsvirkende opioider som for eksempel morfin vil ubehandlede abstinenssymptomer være sterkest 36-72 timer etter siste inntak. Etter fem døgn vil symptomene ha avtatt betydelig. Ved inntak av metadon eller andre langtidsvirkende opioider vil ubehandlede abstinenser være sterkest etter fire til seks døgn, og det tar så mye som 10-12 døgn for det avtar av betydelighet.

Avrusning fra opioider er som oftest lite dramatisk (Helsedirektoratet, 2016). Vanlige symptomer på abstinens etter opioider er kvalme og oppkast, diare, svetting, økt tåreproduksjon, gjesping, nedsatt matlyst, vekslende varme- og kuldefølelse, kribling i beina, skjelvinger, rask hjerterytme (takykardi), søvnløshet og rastløshet, forhøyet blodtrykk (hypertensjon), dilaterte pupiller, økte tarmlyder og gåsehud. Psykoser utløst av abstinensene og andre komplikasjoner skjer sjeldent ved avrusning fra opioider. Er det snakk om blandingsmisbruk er komplikasjonsfaren større. De psykiske symptomene kan da være verre å takle for mange. Vanlige mestringsstrategier i denne situasjonen kan være psykisk sårbarhet med tilbaketrekking og isolasjon. Det er vanlig at disse pasientene har problemer med søvnen (Helsedirektoratet, 2016).

3.2.6 Sykdommer og skader som gjør at rusmiddelavhengige blir lagt inn på sykehus

Den dag i dag er det antatt at det finnes mellom 8 700 og 12 300 injiserende misbrukere som har behov for behandling (Biong & Ytrehus, 2012, s. 15). Rusproblemer er et økende problem, og er en utfordring som må settes mer fokus på. Studier viser at av 1272 personer som ble innlagt på en akuttavdeling i løpet av et år, hadde 20% inntatt vanedannende legemidler, og 10% hadde brukt illegale rusmidler (Skoglund & Biong, 2012, s. 186). De fysiske helseproblemene til rusmiddelavhengige som ofte går igjen i sykehus er blodpropp, abscesser, epilepsi, underernæring, sårproblematikk, infeksjoner og voldsproblematikk. I tillegg til dette har mange av disse pasientene dårlig psykisk helse. Noe som igjen kan komplisere sykehusoppholdet i enda større grad.

3.3 Holdninger, kommunikasjon og kunnskap

Jeg har valgt å skrive om holdninger og kommunikasjon rundt problemstillingen min fordi jeg ser på det som to svært viktige elementer i behandlingsprosessen til ruspasienter. Går en sykepleier inn i behandlingen til en ruspasient med et utgangspunkt i dårlige holdninger, blir verken kommunikasjonen eller opplevelsen god for noen av partene. Dette kan gjerne igjen føre til dårlig behandling og dårlig samarbeid (Papathanasiou & Kourkouta, 2014). En definisjon på holdninger kan være: "En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter (personer)" (Renolen, 2014, ss. 207-208). Jeg synes denne definisjonen er bra, da holdningene våre ofte viser seg i atferden og handlingene våre.

Rusmiddelavhengige blir i media ofte framstilt som skitne og sløve, med knekk i knærne, og alltid på jakt etter mer narkotika (Lossius, 2012, ss. 26-27). Det er viktig å huske at rusmiddelavhengige er mennesker slik som oss andre, og har gjerne barn, barnebarn og øvrig familie som bryr seg om dem. Ruspasienter får som alle andre pasienten også tilbakefall. En ruspasient risikerer også å bli kastet ut fra sitt behandlingssted om han eller hun får tilbakefall til rusen. I motsetning til en suicidal pasient for eksempel. Det ville vært utenkelig å sende en suicidal pasient hjem fra behandlingsstedet fordi

han eller hun viste symptomer på sykdommen sin, med andre ord prøvde å ta sitt eget liv. Av og til kan det virke som at sykepleiere ser på ruspasienter sine symptomer som mindre akseptabel enn andre pasienter sine symptomer.

4.0 Funn/resultat

Mine fem utvalgte artikler samsvarer på en god måte med teorien jeg har skrevet over her. Jeg synes også at forskningen bidrar til å belyse og svarer på problemstillingen min på en god måte.

4.1 Presentasjon av forskning

Jeg har valgt tre oversiktsartikler, som oppsummerer kunnskap om tema. Deretter har jeg valgt to konkrete norske studier som er gjort på dette temaet på sykehus i Norge. Jeg synes disse fem artiklene bidrar til å belyse min problemstilling på en god måte. Grunnen til at jeg har valgt å ta med to norske artikler er for å belyse hvor skoen trykker på norske sykehus og hos norske sykepleiere.

4.1.1 How to manage pain in addicted patients.

Dette er en oversiktsartikkel uten meta-analyse som er valgt ut. I denne oversiktsartikkelen er det brukt ti ulike referanser for å svare på problemstillingen. Den har som mål å fjerne misforståelser og gi retningslinjer for å håndtere smerte hos disse pasientene, samt illustrerer noen vanlige misoppfatninger om smertekontroll og avhengighet (D'Arcy, 2010). Pasienter med en historie med avhengighet er ofte underbehandlet for akutt smerte til tross for rapportering av store smerter. Helsearbeidere kan ofte oppfatte pasientens gjentatte forespørsler for mer medisin som "søken etter narkotika" og administrere utilstrekkelige doser. Men realiteten er at, på grunn av opioidtoleranse, kan disse pasientene trenge mye større dose medisiner for å kontrollere akutt smerte enn pasienter som ikke er avhengig av opioider. Mange helsearbeidere tror at å gi opioider til en pasient avhengig av opioider er en høyrisiko-praksis, men hver pasient har rett til tilstrekkelig smertelindring. "The American Society of Pain Management Nurses" har kommet med en uttalelse som bekrefter at pasienter med en historie med avhengighet har behov for tilfredsstillende smertebehandling, og at de trenger høyere doser smertelindring. Pasienter som aktivt bruker illegale rusmidler eller misbruker reseptbelagte legemidler og pasienter med en historie med avhengighet, kan forventes å få det vanskelig når de har smerter, med mindre helsepersonell forstår problemet rundt avhengighet og smertelindring (D'Arcy, 2010).

4.1.2 Acute pain management in opioid-tolerant patients: a growing challenge

Dette er også en narrativ oversiktsartikkel, det vil si at den oppsummerer det vi tidligere vet rundt tema. I denne oversiktsartikkelen ble det gjennomgått 156 referanser for å komme fram til et svar. I Australia og New Zealand, parallelt med andre utviklede land, har antallet pasienter med foreskrevet opioider på en langsiktig basis vokst raskt de siste ti årene (Huxtable, Roberts, Somogyi, & Macintyre, 2011). Belastningen av kronisk smerte blir mer anerkjent og det har vært en økning i bruken av opioider for både smerter som følge av kreft og smerter som ikke er knyttet til kreft. Selv om utbredelsen av ulovlig bruk av opioider er relativt stabilt, har misbruk av reseptbelagte opioider

eskalert. Det samme har antall personer som får metadon eller buprenorfin som behandling for opioidavhengighet. Som et resultat, har andelen av opioidtolerante pasienter med behov for akutt smertebehandling økt, noe som ofte gir større utfordringer for helsepersonell enn i behandling av pasienter uten avhengighet. Behandlingsformål inkluderer effektiv lindring av akutt smerte, forebygging av medikamenttilbaketreking, assistanse tilknyttet det sosiale, psykiatriske og atferdsmessige problemer. Utskrivelsesplanlegging bør starte på et tidlig stadium, og kan innebære bruk av en 'Reverse Pain Stige', som har som mål å begrense varigheten av ytterligere bruk av opioider. I alle ledd bør det være hensiktsmessig og regelmessig konsultasjoner og samarbeid, både med pasienten, andre behandlingsteam, etater og spesialisthelsetjenesten (Huxtable et al., 2011).

4.1.3 Acute pain management for opioid dependent patients

Dette er også en narrativ oversiktsartikkel som har gjennomgått 56 andre artikler for å komme fram til et svar. Artikkelen undersøker de ekstra og potensielt utfordrende problemene i håndtering av akutt smerte hos pasienter som har vært utsatt for langtidseksponering av opioider, enten av terapeutisk - eller rekreasjonsmessig årsak, med eller uten en kjent opioidavhengighet. Antallet av disse pasientene øker (Mehta & Langford, 2006). Pasienter som trenger akutt smertebehandling kan være avhengig av opioider som et resultat av enten rekreasjon eller terapeutisk bruk av opioider, inkludert de som er i legemiddelassistert rehabilitering (Mehta & Langford, 2006). Smerte hos disse pasientene blir ofte undervurdert og dermed underbehandlet. Med få randomiserte kontrollerte studier, består nåværende bevis hovedsakelig av retningslinjer basert på kasuistikker, retrospektive studier og ekspertuttalelser. Konsensus anbefaler å opprettholde en vanlig forsyning av pasientens eksisterende behov. Pasientstyrt analgesi med høye bolusdoser og kortere lock-out intervaller er en anbefalt strategi. Re-eksponering for opioid må ideelt sett unngås for tidligere avhengige pasienter. Dersom det ikke er mulig, må pasienten få opioider foreskrevet av lege (Mehta & Langford, 2006).

4.1.4 "Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus"

Denne artikkelen er ikke en oversiktsartikkel, men et norsk tværnittstudie. Hensikten med denne studien er å kartlegge helsepersonells holdninger og handlinger til, samt kunnskaper om opioidavhengige med smerter som er innlagt på sykehus i Norge. Dette er faktorer som kan påvirke smertebehandlingen til opioidavhengige. Metoden som er brukt er kvantitativ, hvor de sendte ut spørreskjema for å få besvart spørsmålet. Det ble utsendt 435 spørreskjema, hvor av 312 ble besvart (72 prosent). Gruppen mennesker som mottok og besvarte skjemaet besto av sykepleiere og leger ved intensiv- og anestesi, kirurgisk og medisinsk avdeling ved fire ulike sykehus (Li et al., 2011). Resultatene viste blant annet av et mindretall av legene og sykepleierne kartlegger pasientens rusmisbruk, samt tok pasientenes smerter på alvor. Over halvparten av sykepleierne og en sjettedel av legene oppga at de følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Samtidig så oppga godt

over halvparten at de mente at opioidavhengighet er en sykdom. Dette studie konkluderer med at helsepersonell til en viss grad tviler på pasientenes ønsker og behov.

4.1.5 Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study

Som den forrige artikkelen er også denne norsk. I denne studien ble en beskrivende tverrsnittundersøkelse benyttet. Deltakerne var sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdeling på to offentlige sykehus i Norge (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Data ble samlet i januar 2010 ved hjelp av et selvstendig spørreskjema. Prøveutvelgelse ble bestemt ved hensiktsmessig prøvetaking. Responsraten var 54%. Det kan være opptil 21 millioner personer som misbruker opioider i verden. Narkotikamisbruk og tilhørende helseproblemer øker. Opioidavhengighet kan forårsake alvorlig bakteriell infeksjon, skader og traumer, forhold som kan utløse smerter. De som misbruker opioider opplever smerter annerledes enn personer som ikke misbruker opioider.

88% av sykepleierne hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). 88% prosent og 77% betraktet arbeidsplassopplevelse og kollegaer som de viktigste bidragsyterne til deres kunnskap om smertebehandling. Arbeidsplassopplevelse bidro mest til sykepleiers kompetanse. 90%, 70% og 84% av sykepleierne svarte at utdanning, litteratur og informasjonsteknologi henholdsvis spilte en liten rolle i å skaffe seg kunnskap om smertebehandling. 65% av respondentene hadde grunnleggende ferdigheter for å vurdere smerte, selv om 54% ikke kunne vurdere graden av smerte. Nesten 62% av sykepleierne stolte ikke på smerteopplevelsen selvrapportert av pasienter som var opioid-avhengig. Studien viser mangler i sykepleiers kompetanse til å evaluere og behandle smerter, noe som tyder på at pasienter med opioidavhengighet ikke kan få tilstrekkelig smertebehandling. Sykepleiers kompetanse til å tilby smertebehandling til opioid-misbrukere kan karakteriseres som erfaringsbasert snarere enn bevisbasert (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

5.0 Drøfting

Som det kommer fram tidligere i oppgaven kan smertelindring til rusmiddelavhengige by på utfordringer. Jeg har ut fra teorien og forskningen jeg har valgt sett at det er holdninger, kommunikasjon og manglende kunnskap som er de tre punktene hvor det svikter mest i smertebehandlingen av disse pasientene.

5.1 Forskning

5.1.1 Oversiktsartiklene

Den første oversiktsartikkelen har som mål å fjerne misforståelser og gi retningslinjer for å håndtere smerte hos disse pasientene (D'Arcy, 2010). Den legger vekt på at rusmiddelavhengige kan ha behov for mye høyere doser enn de som ikke er avhengig, grunnet toleranse. Den forteller også noe om helsepersonells mistro til denne pasientgruppen, samt at smertelindring til disse pasientene kan bli en utfordring med mindre helsepersonell forstår problemet rundt avhengighet og smertelindring. Det som kommer fram her er mye av det samme som kommer fram i de to neste oversiktsartiklene. Som for eksempel at helsepersonell har mye å lære når det kommer til holdninger og kunnskap rundt denne pasientgruppen, samt håndtering og administrering av smertelindring. Men i denne artikkelen savner jeg mer konkrete retningslinjer på administrering og valg av medikasjon, samt hvordan helsepersonell holdninger på en konkret avdeling kan jobbes med for å igjen kunne gjøre en bedre jobb når det kommer til smertelindring av denne gruppen pasienter (D'Arcy, 2010).

Den andre oversiktsartikkelen viser til hvor raskt antallet pasienter med resept på opioider har vokst de siste ti årene (Huxtable et al., 2011). Utbredelsen av ulovlig bruk av opioider er relativt stabilt, men misbruk av reseptbelagte opioider har eskalert. Den sier noe om at denne pasientgruppen gir større utfordringer for helsepersonell i behandling enn pasienter uten avhengighet. Samtidig forteller denne artikkelen, i motsetning til de to andre, noe om behandlingsformålet rundt disse pasientene. Som for eksempel hvordan gå fram når det kommer til hvilke medikamenter som er mest gunstig å bruke i smertelindringen hos denne gruppen pasienter. Den forteller noe om at det ikke er så lett som å bare lindre den akutte smerten der og da, men også å se pasientens bakenforliggende problemer og tilby hjelp for dette. Den forteller også noe om tiden etter sykehusinnleggelsen. Dette synes jeg er veldig bra at artikkelen har lagt vekt på fordi tiden etter en sykehusinnleggelse for disse pasientene kan være kritisk, og en sykehusinnleggelse kan være et springbrett i riktig retning og en framtid uten rusmidler (Huxtable et al., 2011).

Den siste oversiktsartikkelen undersøker de ekstra og potensielt utfordrende problemene i håndtering av akutt smerte hos pasienter som har vært utsatt for langtidseksponering av opioider

(Mehta & Langford, 2006). Denne artikkelen legger, som den forrige, også vekt på at smerte hos disse pasientene blir ofte undervurdert og dermed underbehandlet og kommer med konsensus anbefalinger om rett administrering og valg av medikament til disse pasientene. Dette synes jeg er bra. Men jeg synes artikkelen kunne hatt med mer om helsepersonellens holdninger og kunnskaper rundt denne gruppen pasienter. Dette er en svært viktig faktor som spiller inn når det kommer til å håndtere akutt smerte hos pasienter som er avhengig av opioider.

5.1.2 Norske studier

I den første norske artikkelen legger de vekt på å kartlegge helsepersonells holdninger og handlinger til, samt kunnskaper om opioidavhengige med smerter som er innlagt på sykehus i Norge.

Resultatene viste blant annet at sykepleiere er for dårlig til å kartlegge pasientens rusmisbruk, samt ta pasientenes smerter på alvor (Li et al., 2011). Over halvparten av sykepleierne oppga at de følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. Samtidig var like mange enig i at opioidavhengighet er en sykdom. Dette studie konkluderer med at helsepersonell til en viss grad tviler på pasientenes ønsker og behov.

I den andre norske artikkelen viser det seg også, i likhet med forrige, at sykepleiere generelt ikke har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Her svarte også over halvparten av sykepleierne at de ikke stolte på smerteopplevelsen pasientene rapportere. Her vises også mangler i sykepleiers kompetanse til å evaluere og behandle smerter, noe som igjen kan føre til at pasienter med opioidavhengighet ikke får tilstrekkelig smertebehandling. Felles budskap i disse artiklene er at det generelt er for dårlig kompetanse blant norske sykepleiere på norske sykehus når det kommer til rusavhengige pasienter. Vi som sykepleiere har med andre ord mye å lære rundt dette temaet, samt noe å jobbe med når det kommer til holdningene våre.

5.2 Holdninger, kommunikasjon og kunnskap

Går en sykepleier inn i behandlingen til en ruspasient med et utgangspunkt i dårlige holdninger, blir det da en god kommunikasjon mellom pasient og behandler, og blir opplevelsen god for noen av partene? (Papathanasiou & Kourkouta, 2014). Jeg vil si at god informasjon, kunnskap og forståelse har mye å si for gode holdninger generelt. Det er derfor viktig at sykepleiere og helsepersonell først og fremst har kunnskap om hva narkotika faktisk er, og hva det gjør med kroppen både fysisk og psykisk (Lossius, 2012, ss. 23-30).

Media kan ofte framstille rusmiddelavhengige feil i forhold til at de faktisk er mennesker akkurat som oss andre (Lossius, 2012, ss. 26-27). Disse menneskene er som sagt mer enn bare et rusproblem. Er

det slik at vi har større toleranse overfor andre lidelser i forhold til ruslidelser? Eventuelt hvorfor er det slik? Kan det hende at vi ser på tilbakefall som er rusrelatert som mer viljestyrt enn andre tilbakefall? Tenker vi at personer med rusproblematikk er mer manipulerende og løgnaktige enn andre personer med annen sykdomsproblematikk? Dette støttes også opp av forskning, hvor over halvparten av deltakende sykepleiere i en av de norske studiene jeg har valgt, svarte at de ikke stolte på smerteopplevelsen pasientene som var opioidavhengig rapporterte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Den dag i dag er det antatt at det finnes mellom 8 700 og 12 300 injiserende misbrukere som har behov for behandling (Biong & Ytrehus, 2012, s. 15). Rusproblemer er et økende problem, og er en utfordring som må settes mer fokus på. Men hvilke tiltak kan man sette i verk for å få dette til å skje i praksis? De ansatte må undervises i hva som skjer i hjernen, og hvordan rus påvirker kroppen fysisk for å få en genuin forståelse for denne gruppen pasienter. Denne undervisningen kan skje under sykepleieutdanningen, samt ved internundervisning på de ulike somatiske avdelingene. Det har seg sånn at de samme områdene av hjernen som er aktiv når vi opplever glede og nærhet i forhold til andre mennesker, blir påvirket av rusmidler (Lossius, 2012, ss. 23-30). Med andre ord kan rusmidler utkonkurrere og erstatte behovet for nærhet og gode relasjoner til andre mennesker. Det kan også fungere som en pause fra hverdagen og dens realiteter, fylle eventuelle emosjonelle tomrom, samt dempe smerter av ulike grunner.

Ut fra forskningen jeg har valgt viser det seg store mangler i sykepleiers kompetanse til å evaluere og behandle smerter, noe som igjen kan føre til at pasienter med opioidavhengighet ikke kan få tilstrekkelig smertebehandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Felles budskap i disse artiklene er at det generelt er for dårlig kompetanse blant norske sykepleiere på norske sykehus når det kommer til rusavhengige pasienter. I den ene norske studien kommer det fram at nesten 62% av deltakende sykepleiere ikke stoler på smerteopplevelsen selvrapportert av pasienter som er opioid-avhengig. Vi som sykepleiere har med andre ord mye å lære rundt dette temaet, samt noe å jobbe med når det kommer til holdningene våre. Det er derfor enda viktigere at hver enkelt sykepleier går i seg selv og tar tak i sine egne holdninger, slik at man unngår å bli preget av fordommer som eksisterer i samfunnet. Man blir ofte mer påvirket av miljøet rundt enn man tror selv. Sykepleiere må derfor være bevisst på sine egne holdninger fordi generelle negative holdninger i samfunnet kan påvirke deg som person i jobben mer enn man kanskje tror og legger merke til selv.

Studier viser at av 1272 personer som ble innlagt på en akuttavdeling i løpet av et år, hadde 20% inntatt vanedannende legemidler, og 10% hadde brukt illegale rusmidler (Skoglund & Biong, 2012, s. 186). Dette støttes også opp av forskning, som sier at antallet pasienter med resept på opioider har

vokst raskt de siste ti årene (Huxtable et al., 2011). Som et resultat, har andelen av opioidtolerante pasienter med behov for akutt smertebehandling økt, noe som ofte gir større utfordringer for helsepersonell. Som nevnt er det en fysiske helseproblemer som blodpropp, abscesser, epilepsi, underernæring, sårproblematikk, infeksjoner og voldsproblematikk som går igjen når rusmiddelavhengige blir innlagt på sykehus (Skoglund & Biong, 2012, ss. 186-187). I tillegg til dette har mange av disse pasientene dårlig psykisk helse. Noe som igjen kan komplisere sykehusoppholdet i enda større grad. Ut fra disse tallene synes jeg det er lov å si at det er ganske mange mennesker som blir innlagt på somatisk avdeling som har et avhengighetsproblem. Det er derfor enda viktigere at helsepersonell på disse avdelingene har god kunnskap og en generell respekt og forståelse for denne gruppen pasienter. Det er også viktig å vite at det blir feil å kjenne en rusmiddelavhengig med avvenningsplager. De kjennetegnes heller med alt styret de ofrer for å få tak i stoffet de trenger, men frykten for avvenningsplager kan være en del av motivet for å fortsette rusmisbruket (Fekjær, 2008, s. 217).

For å kunne ha forståelse og respekt for disse pasientenes helseproblemer, er det svært viktig at sykepleiere har god nok kunnskap om rusmiddelavhengighet og hva som kan være årsaken til problemene disse pasientene har. I følge den ene norske forskningsartikkelen jeg har funnet viser det seg at langt over halvparten av sykepleierne som deltok ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling hos pasienter med opioidavhengighet (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Langt over halvparten betraktet også arbeidsplassopplevelse og kollegaer som de viktigste bidragsyterne til deres kunnskap om smertebehandling. Det er ikke helt tilfeldig hvem som blir rammet av en ruslidelse, men er det ingen som er sikret å unngå det heller (Lossius, 2012, ss. 23-30).

Rusavhengighet er avhengig av flere forhold, og er en kompleks tilstand. Det er noen mennesker som er mer sårbare enn andre for å utvikle rusproblemer, som for eksempel barn med alvorlig angst, spiseforstyrrelser, ubehandlet ADHD, depresjoner, traumer, relasjonsskader eller tilknytningsproblemer. Barn og ungdommer som vokser opp under problematiske hjemmeforhold, er ofte de som har mest problemer med det sosiale nettverket, tilknytning og relasjoner til venner, og troen på seg selv. Når disse barna blir eksponert for rus, har de ofte større risiko enn andre barn med normale oppvekstforhold for å utvikle langvarige rusproblemer.

Å smertelindre en opioidavhengig kan være utfordrende fordi den enkelte pasient kan ha mer medikamenttrang, enn behov for smertelindring (Den norske legeforening, 2009). Eller så kan medikasjonen med opioider vekke en medikamentlengsel for pasienter som tidligere var opioid-avhengig. Likevel har denne gruppen pasienter krav på like god smertebehandling som andre. Å behandle akutt smerte er vanligvis ikke et problem om man følger vanlige retningslinjer for smertelindring. Misbrukere av opioider trenger betydelig høyere doser enn personer som ikke er

avhengig. Man må behandle de akutte smertene, i tillegg til å dekke basalbehovet for opioider (Skoglund & Biong, 2012, s. 194).

I forskningen kommer det blant annet fram at et mindretall av legene og sykepleierne kartlegger pasientens rusmisbruk, samt tar pasientenes smerter på alvor (Li et al., 2011). For å kunne kartlegge pasientens rusmisbruk, er det først og fremst viktig å finne ut hvilke rusmidler pasienten vanligvis bruker, og et eventuelt blandingsmisbruk. Å finne ut av bruks- og avhengighetstype er en viktig faktor for behandlingen, da det har mye å si for behandlingsproblemene (Den norske legeforening, 2009). Mange tror, inkludert sykepleiere og helsepersonell, at narkotika er en gruppe stoffer med fellestrekk når det kommer til virkning, innhold og farlighetsgrad (Fekjær, 2008, s. 32). Jeg tenker dette er noe avdelingsledere på ulike avdelinger må gå inn for å undervise de ansatte på avdelingen om, med tanke på at det er økende forekomst av rusmiddelavhengige innlagt på sykehus. Det er også viktig å gjøre en vurdering av grad av smerter, samt avhengighet, både før og etter smertebehandling (Den norske legeforening, 2009). I prosessen med å kartlegge rusmisbruket pasienten har, er det også viktig for sykepleiere å kunne noe om forskjellene på abstinenser og faktiske smerter. For å kartlegge om pasienten er svært abstinent, og har et sug etter narkotika, eller om pasienten har faktisk smerter er det viktig å kunne noe om symptomene på både smerter og abstinenser, og kunne sette disse opp mot hverandre. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i opioider, og avrusning fra opioider alene er som oftest lite dramatisk (Helsedirektoratet, 2016). De psykiske symptomene er da verre å takle for mange. Vanlige mestringsstrategier i denne situasjonen kan være psykisk sårbarhet med tilbaketrekking og isolasjon. Det er vanlig at disse pasientene har problemer med søvnen, og store søvnproblemer over tid kan øke faren for utvikling av psykose. Det er derfor svært viktig og kartlegge pasientens rusmiddelbruk nøye, slik at man kan få en viss pekepinn på hvilke symptomer og problemer man kan møte på i avrusningsfasen og senere. Det er viktig for sykepleiere som jobber med denne gruppen pasienter å huske på at mange har traumer og psykiske påkjenninger fra tidligere, som kan gjøre at de akutte smertene også kan være psykiatrisk relatert, som for eksempel depresjon, psykose og akutte panikkanfall (Den norske legeforening, 2009).

6.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven tatt for meg utfordringer sykepleiere kan møte på i forhold til å lindre smerter hos rusmiddelavhengige innlagt på sykehus, og hvorfor disse utfordringene skjer. Jeg har drøftet hvilke områder som kan forbedres rundt denne problemstillingen i praksis ved å finne litteratur og forskning i fagbøker og på internett. Mange rusmiddelavhengige er ikke vant til å forholde seg til mennesker som er nykter og utenfor sitt vannte miljø. Dette i tillegg til å gjerne bli møtt av sykepleiere med negative holdninger til dem og for dårlig kunnskap om rusproblemer, kan by på problemer. Det er flere grunner til dette, blant annet feil framstilling av denne gruppen pasienter i media, eller fordi det blir flere og flere egne poster for rus, noe som igjen gjør at man kan tenke at somatiske avdelinger på sykehus ikke har like stort behov for å undervise helsepersonellet innen dette temaet. Grunner til at smertelindring hos rusmiddelavhengige er vanskelig kan være økt toleranse ovenfor smertestillende medikament, samt økt smertefølelse. Det kommer også fram i oppgaven hvor lite kunnskap mange sykepleiere og helsepersonell har rundt smertelindring til rusmiddelavhengige, og utfordringene som fører med dette. Den norske legeforening har kommet med generelle retningslinjer for smertelindring til rusmiddelavhengige, og skriver at det å behandle akutt smerte er vanligvis ikke et problem om man følger vanlige retningslinjer (Den norske legeforening, 2009). Hovedprinsippet er å behandle de akutte smertene, i tillegg til å dekke basalbehovet for opioider. Kunnskap endrer holdninger, og det er derfor svært viktig at sykepleiere har god nok kunnskap om dette temaet. Det er viktig å kartlegge graden av rusmisbruk, samt graden av smertene. Som sykepleier er det essensielt å skape en relasjon til pasienten, for å igjen kunne skape et godt og ærlig samarbeid. På grunnlag av dette syns jeg det er ekstra viktig at dette temaet bli belyst, og at holdninger og kunnskap rundt dette blir forbedret. På bakgrunn av det vi vet i dag hadde det vært interessant å se mer på denne problemstillingen framover, og gjøre flere undersøkelser senere i forhold til å evaluere om kunnskapsnivået bedrer seg i framtiden.

Litteratur

Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 15-29). Oslo: Akribes AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring, 2009*. Hentet 08. Mai 2017 fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

D'Arcy, Y. (2010). How to manage pain in addicted patients, *Nursing*, 2010, doi: 10.1097/01.NURSE.0000383898.65472.8f

Fekjær, H. O. (2008). *RUS* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Halvorsen, J. S. (2012). AA (Anonyme Alkoholikere), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s. 290). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2016). *Symptomer ved opioidabstinens*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/seksjon?Tittel=symptomer-ved-opioidabstinens-10288>

Huxtable, C. A., Roberts, L. J., Somogyi, A. A., & Macintyre, P. E. (2011). *Acute pain management in opioid-tolerant patients: a growing challenge*. Hentet fra web.b.ebscohost: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=52741a07-a4d1-425a-9880-3f6be8d2d9af%40sessionmgr103>

Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (ss. 75-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today* (2015). 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* (2012). 7(3), 252-260. Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0131

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., ss. 23-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mehta, V., & Langford, R. M. (2006, Februar 14). *Acute pain management for opioid dependent patients*. Hentet April 22, 2017 fra onlinelibrary.wiley.com:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2005.04503.x/full>

Nakstad, A. R. (2011). Pre-per- og postoperativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 568). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Papathanasiou, I. V., & Kourkouta, L. (2014). *Communication in Nursing Practice*. Hentet 26. Mai, 2017 fra NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/>

Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 186-199). Oslo: Akribe AS.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World drug report, 2014*. Hentet 21. Mai 2017 fra http://www.unodc.org/documents/lpobrazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf