

PROFESJONSHØGSKOLEN
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG

**Hvilke utfordringer står vi som sykepleiere ovenfor i møtet
med rusmisbrukere innlagt i somatisk sykehus?**

SY180H

Kull 07H

Kandidatnummer 91, 67 og 5

30.04.10

Du kan ikke forstå hvordan jeg har det
Du kan ikke forstå hva jeg tenker på
Du kan ikke se at jeg ikke har det bra
Jeg prøver å forklare men det er umulig
Du må være meg for å forstå det, for å føle det jeg føler.
Du hadde ikke overlevd å være meg! (ukjent)

1.0	INNLEDNING	4
1.1	Presentasjon av tema	4
1.2	Problemstilling med avgrensning	4
1.3	Hensikten med oppgaven	5
1.4	Definisjon av begreper i problemstilling	5
	1.4.1 Utfordring	5
	1.4.2 Rusmisbruker	5
1.5	Kilder og kildekritikk	6
	1.5.1 Forfattere	6
	1.5.2 Søkekilder	7
1.6	Disposisjon av oppgaven	7
2.0	TEORIDEL	9
2.1	Rusmisbrukere, hvem er de	9
	2.1.1 Rusmisbrukeres helsetilstand, en helhetlig tenkning	9
	2.1.2 Rusmisbruker som pasient	10
	2.1.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient	10
	2.1.4 Misbruk, avhengighet og toleranseutvikling	11
2.2	Smerte	12
	2.2.1 Definisjon på smerte	12
	2.2.2 Smerteopplevelse	12
	2.2.3 Sykepleiers holdning til smerteopplevelse	13
	2.2.4 Profesjonell smertebehandling	13
	2.2.5 Smertelindring, et viktig sykepleieansvar	14
	2.2.6 Smertebehandling til rusmisbrukere	15
2.3	Grunnprinsipper og verdier i sykepleie	16
2.4	Joyce Travelbees sykepleierteori	17
	2.4.1 Syn på sykepleie	17
	2.4.2 Terapeutisk bruk av seg selv i sykepleien	18
	2.4.3 Mellommenneskelige prosesser	18
	2.4.4 Kommunikasjon	19
3.0	METODE	20
3.1	Metodevalg	20
	3.1.1 Kvalitativt intervju	20
	3.1.2 Forberedelse og gjennomføring av intervju	20
	3.1.3 Personvern og anonymitet	21

3.1.4	Analyse av datamaterialet	21
3.1.5	Metodekritikk	21
3.1.6	Vitenskapsteoretisk forståelse	22
4.0	INTERVJUDATA	23
4.1	Presentasjon av intervjumateriale	23
4.1.1	Å respektere og bekrefte pasientens smerteopplevelse	23
4.1.2	Faglig usikkerhet, påvirket av fordommer?	24
4.1.3	Tverrfaglig samarbeid, en utfordring	25
4.1.4	Medikamentelle utfordringer	25
5.0	DRØFTING	27
5.1	Sykepleieren og rusmisbrukeren, et utfordrende samarbeid?	27
5.2	Er god smertebehandling postoperativt til rusmisbrukere en utfordring?	29
5.3	Tar sykepleieren ansvar for at rusmisbrukere blir godt nok smertelindret?	32
5.4	Medikamentelle utfordringer i postoperativ smertebehandling av rusmisbrukere?	34
6.0	AVSLUTNING	36
6.1	Oppsummering og konklusjon	36
6.2	Litteraturliste	38
6.3	Vedlegg	40
6.3.1	Intervjuguide	40
6.3.2	Tillatelse til innhenting av data	41

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

I forbindelse med sykepleiestudiet har vi vært i praksis og opplevd ulike måter sykepleiere møter pasienter med en bakgrunn som rusmisbrukere på. Hvordan holdninger og tidligere erfaringer sykepleieren går inn i situasjonen med, opplevde vi som avgjørende i forhold til hvordan pasientens behov ble møtt. Vi har i praksis opplevd at rusmisbrukere med behov for sterke smertelindrende medikamenter postoperativt, kunne skape store utfordringer for sykepleierne på avdelingen. Vi har på bakgrunn av dette valgt et tema som belyser utfordringene som kan oppstå for sykepleiere under møte med rusmisbrukere innlagt i somatiske sykehus. Samtidig hvordan etiske spørsmål kan reise seg i tråd med en svak tillit til pasienten. Vi mener dette er et svært aktuelt tema da misbruk av rusmidler i følge Kringelen (2008:223) er et av våre største helseproblemer i det vestlige samfunn. Oppgaven er på 9864 ord.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Hvilke utfordringer står sykepleiere ovenfor i møte med rusmisbrukere som pasienter i somatiske sykehus?

Vi ønsker å se nærmere på hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i møte med rusmisbrukeren som er innlagt på somatisk sykehus. Vi vil begrense oppgaven til å omhandle smertelindring i postoperativ fase med kjent misbruk fra tidligere.

Siden oppgaven er forholdsvis liten av omfang, har vi valgt å ikke gå i dybden på de ulike medikament og deres virkningsmekanismer i postoperativ smertelindring. Vi også valgt å se bort fra ikke-medikamentell smertebehandling, men vi er likevel klar over at dette er en viktig del av smertebehandling.

1.3 Hensikten med oppgaven

Spørsmål vi ønsker svar på er hvilke utfordringer sykepleieren står ovenfor når pasienten er rusmisbruker og har behov for smertelindring. Vi ønsker å bevisstgjøre våre egne holdninger som ferdig utdannede sykepleiere, for ikke å bli påvirket av eventuelle fordommer om rusmisbrukere som kan finnes på avdelingene. Vi ønsker å fordype oss i de utfordringer vi kan møte i forhold til rusmisbrukere som pasientgruppe, og synliggjøre sykepleiers ansvar og holdninger i forhold til smertelindring. Vi tre i gruppa vil nok i første omgang ha mest nytte av oppgaven vår. Studentarbeidet kan bringe nye perspektiver inn i utdanningen, og vise eksempler på det som foregår i praksisfeltet. På denne måten kan oppgaven være til nytte både for lærere, studenter og sykepleiere på somatiske sykehus. For å vise hva vi har kommet frem til, vil vi sende et eksemplar av oppgaven til intervjupersonen.

1.4 Definisjon av begrepene i problemstillingen

1.4.1 Utfordring

En utfordring er noe som krever kamp eller hardt arbeid for å overvinnes (Bokmålsordboka 2006).

1.4.2 Rusmisbruker

Personer som misbruker rusmidler kan deles inn tre ulike grupper. Avhengige, misbrukere og måteholdsbrukere. Avhengige er personer som ikke klarer å styre eget forbruk av rusmidler, og som selv opplever problemer på grunn av avhengigheten til rusmidler. I tillegg skaper deres avhengighet problemer for andre. Misbrukere er personer som flere ganger har opplevd at eget forbruk av rusmidler har skapt problemer for seg selv og andre. Med måteholdsbrukere forstås personer som aldri eller sjeldent opplever problemer på grunn av sin bruk av rusmidler. Forbruket til måteholdsbrukere skaper også svært sjeldent problemer for andre personer. Det foreligger ingen klare skiller mellom disse tre gruppene, og en bruker kan bevege seg mellom alle tre typer av rusmiddelbruk (NOU 2003:15).

1.5 Kilder og kildekritikk

I søk etter litteraturen vi har brukt, ble vi raskt klar over at det fantes mye litteratur om temaene smerte og rus, uavhengig av hverandre. Da vi skulle velge ut artikler som var relevante for vår oppgave, ønsket vi i hovedsak å bruke nyere forskningsartikler som omhandlet sykepleie ved postoperativ smertebehandling til rusmisbrukere. I vårt søk etter relevante og anerkjente artikler viste det seg å være lite som var skrevet direkte om dette. Vi fant likevel nyere forskningsartikler skrevet av sykepleiere som omhandlet postoperativ smertelindring.

For å sikre at kildene vi har brukt er anerkjent har vi brukt artikler som er publisert i kjente tidsskrifter. I vår utvelgelse av bøker utenom pensum, har vi lagt vekt på å finne bøker som er skrevet av kjente og anerkjente forfattere på sitt område.

En mulig svakhet ved oppgaven er at vi har valgt litteratur basert på hva vi oppfatter som anerkjent og god teori. Det er derfor ikke nødvendigvis akkurat vår teori som gir størst mulig bredde og autoritet.

1.5.1 Forfattere

Almås er sykepleier med mange års erfaring fra klinisk sykepleie, og har jobbet som sykepleier ved postoperativ avdeling. *Nortvedt* og *Nortvedt* er begge sykepleiere. De har gjennom tidene publisert bøker og artikler om smertebehandling og sykepleie. I boken ”Smerte – fenomen og forståelse” forsøker forfatterne og gi en helhetlig forståelse av smertefenomenet.

Dihle, *Bjølseth* og *Helseth* har skrevet artikkelen ”The gap between saying and doing in postoperative pain management”. *Dihle* er den første norske sykepleieren med doktorgrad i akutte postoperative smerter, og jobber til daglig ved Høgskolen i Oslo som assisterende professor. *Bjølseth* og *Helseth* er også utdannet sykepleiere og jobber ved samme høgskole. De har undersøkt hvordan postoperativ smertelindring fungerer i praksis ut i fra et sykepleieperspektiv.

Kongsgaard, *Breivik* og *Bell* har sammen skrevet artikkelen ”Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling”. De tre forfatterne er anestesileger, og har skrevet artikkelen med grunnlag i egne erfaringer og et utvalg av relevante artikler.

Fekjær er psykiater og psykoterapiveileder, og er anerkjent for sitt arbeid innen rusfeltet. Forfatteren har mottatt flere priser for sitt arbeid gjennom tidene. *Evjen, Kielland* og *Øiern* er forfattere av boken ”Dobbelt opp”. *Evjen* er sosionom, *Kielland* lege og *Øiern* er utdannet journalist. I boken ønsker de å fokusere på hjelpebehovet hos personer med psykiske lidelser og rusmisbruk.

Kristoffersen, Nortvedt og *Skaug* er alle sykepleiere med erfaring fra ulike fagområder. De har skrevet læreverket ”Grunnleggende sykepleie”, som er tilrettelagt for sykepleiestudenter. *Kirkevold* er utdannet sykepleier, og jobber nå som professor ved Universitetet i Oslo. Boken ”Sykepleieteorier” er skrevet for sykepleiestudenter i grunnutdanning eller videreutdanning.

1.5.2 Søkemidler

Vi har søkt i ulike databaser for å finne frem til litteraturen vi har brukt i oppgaven. Til å begynne med søkte vi i BibSys for å finne aktuelle bøker og artikler som var relevante for vår problemstilling. Etter hvert utvidet vi søket vårt for å finne artikler og nyere forskning omkring vårt tema. Vi brukte da søkemotorene som var tilgjengelige via vårt skolebibliotek. Vi søkte i ScienceDirect, PubMed, SveMed+, Cochrane og Helsebiblioteket. For å finne informasjon som var mest mulig relevant for oss brukte vi søkeord som; postoperative, pain management, drug abuse, addiction, substance use, opioids, postoperativ smerte, rusmisbruk, sykepleiers holdninger, nurse attitude og postoperativ smertebehandling. Ordene ble brukt for seg selv og i kombinasjon i våre søk etter litteratur.

1.6 Disposisjon av oppgaven

Kapittel 1.0 består av innledning som sammenfatter presentasjon av tema, valg av problemstilling og avgrensing av denne, samt definisjoner av noen begreper som blir ofte brukt videre i oppgaven. Vi gjør videre rede for søk på litteratur i form av teorier, fagartikler og bøker som grunnlag for vårt teorikapittel. I kapittel 2.0 presenterer vi den teoretiske referanserammen for oppgaven. Vårt teorikapittel handler først og fremst om pasienter med et kjent rusproblem, behandlingsprinsipper ved smertebehandling og perspektiv på sykepleierens verdigrunnlag, rolle og samhandling med pasienter. I kapittel 3.0 gjør vi rede for

intervjumetoden og gjennomføringen av intervjuet. Kapittel 4.0 er presentasjon av intervjudata. Kapittel 5.0 er drøfting av intervjudata i forhold til problemstillingen. Til slutt en oppsummering og avslutning på oppgaven i kapittel 6.0. Vi har hatt i tankene under oppgaveskriving at det ferdige resultat vil bli lest av sykepleiestudenter og lærere i sykepleieutdanning, og derfor forutsetter at de ord og uttrykk som blir brukt er kjent for leserne.

2.0 TEORIDEL

2.1 Rusmisbrukere, hvem er de?

Et rusavhengig menneske opplever mange tap og bærer på mye smerte, samtidig som deres pårørende kjemper for at den narkomane skal få den behandling han eller hun trenger. Ofte med lite eller ingen behandlingsmotivasjon fra rusmisbrukeren selv. Svært mange rusmisbrukere lider av tunge psykiatriske diagnoser i tillegg til sin rusproblematikk (Klingsheim 2003).

I følge Fekjær (2009:95) er det gjort undersøkelser som viser at de fleste rusmisbrukere har allerede før de ble narkomane, hatt store problemer og vært traumatisert på en eller annen måte og mange har vært inn og ut av barnepsykiatrien under oppveksten.

Evjen et.al (2007:49) understøtter dette og sier at *stoffmisbrukere har ofte en bakgrunn med tilpasningsforstyrrelser i barne og ungdomsårene*. Som gruppe kan man se at misbrukere ofte har vært utsatt for ulike traumer som barn. Fekjær (2009:95) viser videre til at de kriminelle narkomane gjerne har kriminell bakgrunn før de ble introdusert for rus, og at de ofte har vært i kontakt med ulike hjelpeapparater som psykiatrien eller kriminalomsorgen.

Personer som sliter med rusproblematikk prøver som oftest å skjule dette. Problemene deres blir sett på som noe skammelig. De forbindes med svakhet og moralsk forfall.

Rusmisbrukere opplever seg ofte stigmatiserte (Evjen et.al 2007:46).

2.1.1 Rusmisbrukers helsetilstand – en helhetlig tenkning

Helsetilstanden til rusmisbrukeren er en sykepleiefaglig utfordring på flere nivåer. Dette kan innebære smittsomme sykdommer som hepatitt og HIV, som stiller krav til sykepleierens faglige kompetanse i forhold til væskebalanse, immunforsvar og kosthold. Samtidig er det å vite hva som smitter og ikke minst hva som ikke smitter, en utfordring. Fordommer om at rusmisbrukeren kun er ute etter medikamenter, kan hindre oss i å dekke pasientens grunnleggende behov i form av psykisk støtte, behov for søvn og hvile og eventuell smertebehandling (Klingsheim 2003). Den dårlige helsetilstanden har en viktig årsakssammenheng med sprøytebruken. Det er vanlig med betennelser fra usterile sprøyter og sykdomssmitte som nevnt over, som kommer på grunn av deling av sprøyter med andre brukere. I tillegg kan injeksjoner hvor innholdet havner utenfor blodåren gi ytterlige plager.

Hvis lokale infeksjoner ikke blir behandlet, kan dette utvikle seg til ulike komplikasjoner. Blant annet abscesser, store langvarige sårddannelser, ødem, trombose og lymfebetennelser. Videre kan dette utvikle seg fra lokal infeksjon til endokarditt, sepsis og lungeabscesser. Det er altså generelt grunnlag for å uttrykke at sprøytemisbrukernes helsesituasjon er forferdelig dårlig. Det er mangel på bruk av helsevesenet hvor også problemet med at mange føler seg uvelkomne må taes i betraktning (Fekjær 2009:193-195).

2.1.2 Rusmisbruker som pasient

En rusmisbruker bruker sjeldent bare én form for rusmiddel, og tallet på de som kombinerer inntak av ulike stoffer bare øker. Rusmisbrukere kan ha sykdommer i ulike organer, svekket immunforsvar, psykiatiske problem og unormal adferd. I tillegg er det sykdommer direkte relatert til rus som delir, psykoser, tilbaketrekning og intox, ofte assosiert med lav compliance og en atferd som preges av suget etter rus (Jage og Bay 2000:141).

Etter en operasjon vil en pasienten med en bakgrunn som rusmisbruker ha både en intens frykt for å falle tilbake til å bli en aktiv rusmisbruker igjen i tillegg til å være redd for å ikke ha muligheten til å bli tilstrekkelig smertelindret. Denne pasientgruppen trenger like mye effektiv smertelindring som andre som ikke misbruker rusmidler (Jage og Bay 2000:141).

2.1.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Ordet relasjon kan forstås som at én gjenstand står i forbindelse med en annen. Vanligvis brukes begrepet relasjon om forhold eller forbindelse mellom mennesker (Eide og Eide 2007:17). Evnen til å skape en god relasjon er viktig i forhold til pasienter og pårørende. En god relasjon kan skape kontakt og allianse som kan være avgjørende for endring og utvikling i behandlingen (Eide og Eide 2007:140).

Tillit er et grunnleggende trekk som hører menneskelivet til og ytrer seg som holdninger, handlinger eller ord. Dersom et menneske viser sin tillit til et annet, forventes det at mottakeren viser samme holdning og stiller seg til rådighet. Dersom tilliten blir misbrukt eller ikke imøtekommet kan det føre til at en person føler seg forrådt. Dette kan igjen føre til mistillit som lett kan overføres til andre situasjoner (Kristoffersen et.al 2002:20).

I pasientbehandlingen er gjensidig tillit viktig. Sykepleiere må ha tillit til pasientens opplevelse og beskrivelse av egen situasjon. Samtidig er det viktig at pasienten stoler på at sykepleieren har et ønske om å hjelpe pasienten. Å skape forutsetninger for slik gjensidig tillit, er sykepleierens ansvar. Sykepleiere er med på å legge grunnlaget for hvordan samarbeidet med pasienten skal være. Dersom pasienten opplever tillit, respekt og trygghet, kan det forsterke effekten av metoder i smertelindringen (Almås et.al 2001:72).

2.1.4 Misbruk, avhengighet og toleranseutvikling

Misbruk gjenspeiler bruk av et narkotisk stoff uten at det foreligger medisinske grunner. Enkelte analgetika, og spesielt opioider, gir en følelse av avslapping og oppstemthet. Misbruk fører raskt til psykisk avhengighet, som igjen kan føre til fysisk avhengighet (Almås et.al 2001:86).

Dersom en person har utviklet fysisk avhengighet til opioider, og medikamentet brått blir seponert, vil avhengigheten vise seg gjennom kroppslige symptomer. Personen kan da få abstinenssymptomer. Rastløshet, nedsatt matlyst, brekninger, diaré, takycardi og skjelvninger er symptomer som kan vise seg (Almås et.al 2001:86).

Utvikling av toleranse betyr at en person som har brukt et medikament over tid vil trenge større dose av samme medikament for å få samme virkning. Dette skjer blant annet fordi leveren raskere bryter ned medikamentet. Det første tegnet på utvikling av toleranse er at smertelindringen varer kortere, slik at pasienten trenger ny dose. Det er viktig at vi som sykepleiere er klar over at en pasient med økt toleranse, tåler større doser enn andre pasienter uten at det er fare for respirasjonsdepresjon (Almås et.al 2001:86).

2.2 Smerte

2.2.1 Definisjon på smerte

Ut fra det Almås et.al (2001:65) skriver om smerte, forstår vi begrepet som; *Smerte er hva pasienten sier det er, og er til stedet når han sier det.*

Nortvedt og Nortvedt (2001:44) beskriver smerte som;

. .en tilstand hvor både emosjonelle, fysiologiske, sosiale og kulturelle forhold står i en kontinuerlig og dynamisk samspill i et nervesystem som er under stadig forandring. Gjennom emosjonelle og kognitive forhold, fra stress, gjennom læring og gjennom erfaring bearbeides smerten i hjernen og påvirkes samtidig av kjemiske impulser og impulser fra ryggmargens bakhorn.

2.2.2 Smerteopplevelse

Smerter er en subjektiv opplevelse som ikke lar seg måle objektivt. Bare personen som selv opplever smerten kan vite hvordan den føles. En person som opplever smerte kan beskrive det til en annen, men smerteopplevelsen rommer mer smerte enn det som kan uttrykkes med ord. Derfor kan smerter være en ensom opplevelse. Hvis den som skal hjelpe, ikke tror på pasientens smerteopplevelse, forsterkes ensomheten og følelsen av å være alene (Almås et.al 2001:65-67). Både det parasympatiske og det sympatiske nervesystemet kan påvirkes av smerter. Pulsfrekvens og minuttvolum blir lavere ved parasympatisk påvirkning. En slik påvirkning kan medføre blodtrykksfall og synkope. Dette ses spesielt ved sterke akutte smerter. Ved sympatisk påvirkning øker puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens. Enkelte ganger får pasienten perifer vasokonstriksjon, som kan ha sammenheng med angst ved sterke smerter (Blix og Breivik 2006:152).

Som sykepleier har man et stort ansvar i smertelindringen av pasienter. Dersom man ikke observerer pasientens uttrykk eller tviler på hva pasienten sier, kan det medføre at smertelindringen ikke blir god nok. Det er ikke mulig å vite holdbarheten i pasientens beskrivelse av smerte. Sykepleieren må derfor forsøke å akseptere at det er pasienten som er autoritet (Almås et.al 2001:65-67).

Det finnes ulike verktøy for å kartlegge pasientens smerter. Kartlegging av pasientens smerte er grunnlaget når det skal planlegges smertebehandling som er tilpasset pasientens

tilstand og behov. Dette være seg alt fra enkle smerteskalaer til omfattende spørreskjemaer der pasienten plasserer egen opplevelse av smerte (Almås et.al 2001:73).

2.2.3 Sykepleierens holdning til smerteopplevelse

Når vi som sykepleiere oppfatter andres smerter, legger vi til grunn våre egne erfaringer i vurderingen av hva som er vanlig smerteatferd. Våre egen følelsesmessige reaksjon på andres smerte blir derfor styrt av vår bakgrunn. I like situasjoner kan ulike sykepleiere gjøre forskjellige vurderinger i forhold til en pasients smerteopplevelse. På lik linje med at sykepleiere tolker andres smerter ut i fra egne erfaringer, er også pasientens opplevelse av smerte basert på egne erfaringer. Som sykepleier er det viktig å være klar over disse forholdene. Er man ikke bevisst egne holdninger til smerte, kan det føre til at sykepleieren tror egen oppfatning er mer objektiv enn den pasienten selv har. En sykepleier møter ofte pasienter med smerter i yrkessammenheng. Dette er også med på å påvirke oppfatningen av andres smerter. Det kan føre til at man reagerer mindre følsomt på andres smerte. Egne erfarte smerteopplevelser kan også påvirke sykepleiere når de skal vurdere andres smerte. På den ene siden kan dette føre til at man lettere forstår pasientens situasjon og smerte. På den andre siden kan sykepleieren bruke egen smerteerfaring som norm i vurdering av pasientens smerter (Almås et.al:66-67).

2.2.4 Profesjonell smertelindring

For å kunne gi god smertelindring må sykepleieren skaffe informasjon som er nødvendig om sin pasient eller pasientgruppe. Sykepleieren må også være lydhør ovenfor pasientens egen opplevelse av smerte (Nortvedt og Nortvedt 2001:116).

Det viktigste i behandling av smerter er hvordan den enkelte profesjonsutøver møter den som har smerter. Det stilles krav til den enkelte hjelpers vurdering og handling i møte med den smertepåvirkede pasient. Den profesjonelle smertebehandlingen må være basert på oppdatert kunnskap. I utøvelsen av profesjonell smertebehandling kreves også bevisstgjøring i forhold til egne verdier og holdninger ovenfor smertepasienten. Som sykepleiere må vi være klar over at vi kan betvile smertens realitet, men som opplevelse kan vi ikke avvise den. I

situasjoner der sykepleiere tviler på pasientens opplevelse av smerte, utfordres våre profesjonelle holdninger og ansvar (Nortvedt og Nortvedt 2001:129-130).

I god smertelindring er nærhet et stikkord. Vi som hjelpere må ha vilje og engasjement til å ta pasientens situasjon inn over oss. Uten nærhet blir smertebehandlingen umenneskelig og kald. Gjennom empati kan vi som sykepleiere forstå den andres situasjon og egen opplevelse den (Nortvedt og Nortvedt 2001:132-135).

I de senere år har det ved postoperativ smertelindring blitt vanlig å angripe smerten fra flere hold. Dette kan gjøres ved å bruke medikamenter med ulike virkningsmekanismer i smertelindringen. Etter et kirurgisk inngrep gis vanligvis ulike perifertvirkende medikamenter fast, og suppleres med opioider ved behov. I tillegg til opioider og perifertvirkende medikamenter, gis ofte lokalanestesi, for eksempel epidural smertelindring, i behandling av smerter postoperativt. Den postoperative smertelindringen er som regel mer sammensatt jo mer omfattende det gjennomførte inngrepet er (Almås et.al 2001:77).

2.2.5 Smertelindring, et viktig sykepleieansvar

Målet med smertelindring er at pasienten ikke skal lide unødige, men ha det så godt som mulig. Dette er et viktig samarbeid med sykepleier, lege og pasient. Det faktum at smerter er en personlig erfaring og at ingen egentlig kan sette seg inn i hvordan pasienten har det, gjør tilstanden vanskelig både for pasient og sykepleier (Almås et.al 2001:72).

Sykepleieren har et ansvar for at pasienten er tilstrekkelig smertelindret. Forbedring av smertebehandling i sykehus er svært viktig. Ikke bare fordi det er vondt for pasienten, men fordi det faktisk er svært skadelig å ikke få lindret postoperative smerter. Helbredelsesprosessen vil ta lengre tid, og pasienten kan ende opp med å få kroniske smerter. Dette vil igjen kunne utsette pasienten for depresjon og selvmordstanker. Med andre ord vil for dårlig smertelindring raskt kunne bli en stor utgiftpost for sykehuset i tillegg til unødvendige fysiske, psykiske og økonomiske byrder for pasienten. Det kan føre til forlenget sykehusopphold, tilleggsbehandlinger og reinnleggelser. Derfor er det så viktig å få en dyp forståelse for hvor viktig det er at sykepleiere hjelper pasienter til å bli akseptabelt smertelindret (Halldorsdottir og Blondal 2008).

2.2.6 Smertebehandling til rusmisbrukere

Hos pasienter med smerter, kan medikamentmisbruk undergrave et ellers godt behandlingsopplegg. Smertebehandling av rusmisbrukere er svært utfordrende og ofte frustrerende. Normalt vil pasienter kunne skille mellom smerter, angst og stress. I smertebehandling av rusmisbrukere er ikke dette alltid tilfelle. Risiko for abstinenssymptomer kan gjøre situasjonen ytterligere komplisert. I postoperativ smertebehandling av rusmisbrukere er det viktig å håndtere pasientens forventninger til smerte. Pasienten må få vite at ingen kan forvente å være helt smertefri etter et kirurgisk inngrep. På den andre siden er det viktig å forsikre pasienten om at smertene skal bli ivaretatt på en effektiv og forsvarlig måte. Paracetamol og NSAIDs bør brukes konsekvent postoperativt for å redusere behovet for opioider (Kongsgaard et.al 2005).

Hos postoperative pasienter som er opioidavhengige, bør man beholde en veldikeholdsdose av opioider for å unngå abstinenser. For å lindre de postoperative smertene trenger pasienten ytterligere opioider. På grunn av at disse pasientene er opioidtolerante, trengs større doser opioider enn det som er vanlig postoperativt. Opioider kan gis som en kontinuerlig infusjon og i tillegg bør pasienten få støtdoser ved gjennombruddssmerter og før mobilisering. Det bør tilstrebes raskest mulig overgang til langtidsvirkende preparat peroralt. Som alternativ kan opioider via depotplaster være aktuelt. Reduksjon av opioidene starter rett etter den akutt smertefulle postoperative fasen. Denne nedtrappingen må skje gradvis i løpet av flere døgn (Kongsgaard et.al 2005).

Ved overgang til langtidsvirkende preparat og ved nedtrapping vil ofte pasienten hevde manglende analgetisk effekt. Dersom liggetiden på postoperativ avdeling er kort, slik at nedtrapping ikke er mulig, bør fastlege få oversikt over nedtrappingsplan. Ofte er det slik at spesialisthelsetjenesten har lite kontroll med hva som skjer med rusmisbrukere etter utskriving. I tilfeller med høy toleranseutvikling, dårlig smertelindring og mye bivirkninger, kan situasjonene bedres ved å benytte et annet opioid. Dette fordi de ulike opioidenes virkning er individuell (Kongsgaard et.al 2005).

2.3 Grunnprinsipper og verdier i sykepleie

Sykepleie har grunnleggende prinsipper som skal ivareta pasientens essensielle behov. Disse er av både fysisk, psykososial og eksistensiell karakter.

Punkt 2. i de Yrkesetiske retningslinjene omhandler *sykepleieren og pasienten*. Dette punktet ser vi på som meget aktuelt i vår oppgave. *Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket* (Brinchmann et.al 2005:102). Vi som sykepleiere skal ta pasientens antydning om smerte, plager og symptomer på alvor. Faglighet avgjør hvor god sykepleien er. God faglig kunnskap skal være et selvsagt utgangspunkt i utøvelsen av sykepleie. Den gode sykepleie skal være begrunnet, utøves raskt, være nyttig, lindre smerte og dempe bivirkninger.

De yrkesetiske retningslinjene for en sykepleier omhandler sykepleierens oppgaver overfor individ og samfunn, pasient, pårørende, medarbeidere og forholdet til egen profesjon og praksis. De aller fleste mennesker har en stor tillit til sykepleieren, og forventer at helsearbeideren ikke misbruker deres tillit. Sykepleiere kan daglig møte mennesker som ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser, og det er derfor viktig at sykepleieren bruker sin makt av det å være fagperson til å ivareta andre menneskers liv og muligheter. Denne makten må anvendes på en moralsk og forsvarlig måte (Sneltvedt 2005:89-90).

2.4 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretisk referanseramme som bygger på et eksistensialistisk menneskesyn. Dette blant annet fordi vi mener at møtet med rusmisbrukere som pasienter bør ha sin base i et menneske til menneske – forhold der partene er likeverdige. Travelbee ser på hver enkelt som unik og uerstattelig. Derfor skal pasientene behandles individuelt og få en tilpasset oppfølging, da hver enkelt opplever lidelse som høyst personlig. De overordnede målene vil ikke nødvendigvis være å bli frisk, men å understøtte håpet, finne en mening i motgangen og en måte å mestre lidelsen sin på. Hun sier også at det er det enkelte mennesket som er mottaker av sykepleie. Hun tar avstand fra generalisering og legger vekt på viktigheten av å kjenne til pasientens oppfatning av egen situasjon mer enn å forholde seg til pasientens diagnoser (Kristoffersen et.al 2005:26-32).

2.4.1 Syn på sykepleie

Joyce Travelbee har fortsatt en stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning. Hennes filosofi og sykepleiertenkning inneholder viktige uttrykk som *empati* og *terapeutisk bruk av seg selv*. Hun sier at vi skal forholde oss til alle mennesker med utgangspunkt i at alle er unike (Kristoffersen et.al 2005: 26). Et individ tar del i flere fellesmenneskelige opplevelser. I sykepleiesammenheng er lidelse og tap en uunngåelige følge av det å leve. Selv om dette er en fellesmenneskelig opplevelse, setter Travelbee lys på at et hvert menneske vil oppleve lidelse og tap høyt personlig. Vi vil alltid lete etter mening og forståelse i møte med sykdom og smerte, likevel vil også dette være svært eget og personlig for alle. Travelbees definisjon på sykepleie knyttes til familie og samfunn som mottakere av sykepleie, likevel er det enkeltmennesket sykepleiertenkningen har hovedfokus på (Kristoffersen et. al 2005:26).

2.4.2 Terapeutisk bruk av seg selv i sykepleie

Terapeutisk bruk av seg selv er i følge Travelbee. *.bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager* (Kirkevold 2006:119). Det å kunne bruke seg selv terapeutisk i utøvelse av sykepleie, betyr at man fremtrer som en profesjonell sykepleier. Målet er å få fram en ønsket forandring hos pasienten, der smerte og lidelse blir lettere å håndtere. Dette krever at sykepleieren bruker sin egen personlighet på en planmessig og hensiktsfull måte i samhandling med pasienten. Travelbee legger vekt på viktigheten av å være klar over hvordan egen adferd har innvirkning på pasienten. Evnen utvikles gjennom erfaring og utdanning. Viktige stikkord blir derfor *selvinnsikt, selvforståelse, forståelse for menneskelig adferd og evne til å forutse både egen og andres adferd*. For å kunne utøve et terapeutisk bruk av seg selv, må sykepleieren på forhånd, ha klart for seg hvilke holdninger og verdier han eller hun har til sykdom, lidelse og død (Kristoffersen et. al 2005:32).

2.4.3 Mellommenneskelige prosesser

For å forstå sykepleie skal man i følge Travelbee ha en forståelse for hva som skjer mellom pasient og sykepleier. Man skal vite hvordan denne samhandlingen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten. Travelbee tar avstand fra generaliserte begreper om menneske. Hun er sterkt kritisk til begrepene pasient og sykepleier, da disse ordene fjerner menneskets særegne trekk og bare framhever felles trekk (Kirkevold 2006:114).

Menneske-til-menneske-forholdet er i følge Travelbee en prosess og et verktøy for å oppfylle den sykes behov for pleie. Dette er et gjensidig forhold som kun kan eksistere mellom konkrete mennesker, og ikke gjennom roller som pasient og sykepleier. Menneske-til-menneske-forholdet krever at individet svarer på den andres ”menneskelighet”. Dette vil si at man må akseptere at sykepleieren har og oppfyller behov i forholdet (Kirkevold 2006:116-117).

2.4.4 Kommunikasjon

I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene en sykepleier har.

Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser (Kirkevold 2006:118-119). Samhandlingen som skjer mellom pasienten og sykepleieren, skjer i stor grad ved hjelp av kommunikasjon. Når to mennesker møtes, skjer kommunikasjon stadig, både verbalt og nonverbalt. I Travelbees perspektiv på kommunikasjon er det i utgangspunkt et middel for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, som igjen er et mål om å oppnå sykepleierens formål om å hjelpe pasienten (Eide og Eide 2007:136). Hensikten blir for en sykepleier derfor å bli kjent med pasienten og finne fram til pasientens behov (Kirkevold 2006:119).

3.0 METODE

3.1 Metodevalg

Metodevalget vårt er bruk av individuelt intervju og litteraturstudie. Vi har intervjuet en ressursperson som arbeider spesielt med smertebehandling, på en smerteklinikk. Vi har ett intervju og har i tillegg søkt litteratur som beskriver og diskuterer utfordringer sykepleieren kan stå ovenfor når pasienten som skal behandles er rusavhengig. Vi har søkt på forskningsbasert litteratur rundt vårt tema i tillegg til pensumlitteratur og fagartikler. I det følgende gjør vi rede for kvalitativt intervju som metode.

3.1.1 Kvalitativt intervju

I denne oppgaven har vi intervjuet en person, og metoden vi har anvendt går under betegnelsen *kvalitativ metode*. Metoden kan gi oss ny kunnskap ut fra intervjupersonens subjektive erfaringer. Denne metoden har til hensikt å gripe meninger og opplevelser ved fenomener som intervjupersonen har kunnskaper og erfaringer med. Intervjuet tar sikte på å få ta del i intervjupersonens erfaringer med virkeligheten, som i vårt tilfelle er smertebehandling til rusavhengige pasienter. Dette kan gi oss innsikt i hvordan rusmisbrukere på postoperativ avdeling blir møtt og hvordan sykepleier i samråd med lege hjelper og veileder hver enkelt rusmisbruker. Datamaterialet som framkommer etter behandling av intervjuet tolkes og beskrives i forhold til problemstillingen, og lar seg ikke tallfeste eller måles som ved datamateriale framkommet ved bruk av kvantitative metoder (Dalland 2007: 82- 84). I motsetning til en kvantitativ metode vil intervjuet gå i dybden på det vi ønsker å vite mer om.

3.1.2 Forberedelse og gjennomføring av intervjuet

Vi kontaktet en smerteklinikk og forhørte oss om muligheten for å få gjennomført et intervju. Per telefon ble intervjupersonen informert om tema, hensikten med undersøkelsen og anonymitet, og vi fikk rakst avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuet. Vi laget en intervjuguide som er vedlagt bakerst i oppgaven. Vi hadde på forhånd tenkt igjennom vår førforståelse og gjorde oss bevisst på hvilket miljø vi skulle møte og hadde satt oss faglig godt inn i temaet vi skulle inn i. Vi kom alle med våre tanker om hvordan intervjuet skulle foregå,

hvem som skulle utføre ulike arbeidsoppgaver og diskuterte dette godt oss i mellom før vi gjennomførte intervjuet.

Da vi ankom smerteklinikken, forsikret vi oss om at det var greit at vi tok opp samtalen da vi hadde med oss en båndopptaker i tillegg til at én av oss skrev ned viktige stikkord underveis. Vi stilte oss åpne for spontane spørsmål, og bandt oss ikke i en bestemt rekkefølge. Intervjuet gikk åpent og lett, og i tre kvarter hadde vi en god dialog hele veien. I etterkant følte vi at vi hadde fått svar på det vi lurte på og var godt fornøyd. Intervjupersonen påpekte at vi kunne ringe om vi trengte flere opplysninger, og ønsket selv et eksemplar av oppgaven.

3.1.3 Personvern og anonymitet

Etter innhenting av opplysninger er det ifølge Dalland (2007:242) vårt ansvar å avklare hvordan anonymiteten ønskes ivare tatt fra en institusjon der en undersøkelse blir gjort, og i etterkant overholde dette i oppgaven vår. Vi må ta hensyn til at helseopplysninger defineres som taushetsbelagte opplysninger ifølge helsepersonelloven §21 (Dalland 2007:242).

Intervjupersonen ble informert om at vi i behandling av datamaterialet ikke brukte navn eller andre opplysninger som kunne tilbakespores til person eller institusjon. Videre at alle innsamlede data på båndopptaker ville bli slettet etter bearbeidelse av materialet.

3.1.4 Analyse av datamaterialet

Intervjumaterialet ble skrevet ordrett fra båndopptakeren, inkludert pauser og avbrytelser. Deretter gikk vi inn og analyserte materialet. Vi skrev et sammendrag hvor vi trakk ut sentrale tema i forhold til de utfordringene intervjupersonen vektla, og tematiserte disse i ulike avsnitt.

3.1.5 Metodekritikk

Ved bruk av en kvalitativ metode vil oppgaven vår ha svakheter, da det ikke er gitt at vår konklusjon er representativ for all smertelindring av rusmisbrukere postoperativt.

Vi må i følge Dalland (2007:87) ta med i vurderingene at dette ikke blir en fullstendig forskning av fakta, da meninger om teori kan oppfattes forskjellig fra en intervjuperson til et annet. Vi har få informanter og følgelig får vi et snevert innblikk i virkeligheten.

3.1.6 Vitenskapsteoretisk forståelse

I utgangspunktet hadde vi noen meninger og tanker om at postoperativ smertebehandling av rusavhengige fortøner seg problematisk for sykepleiere. Hva er især utfordringene i smertebehandlingen, spurte vi oss. Ifølge Dalland (2007:87) stiller vi et empirisk spørsmål når vi spør om hvordan noe er i virkeligheten. For å undersøke forholdet nærmere valgte vi å intervju en erfaren sykepleier som har arbeidet spesielt med smertebehandling.

Tilnærmingen vi har valgt kan sies å være innenfor en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming. En fenomenologisk tilnæringsmåte vil i dette tilfellet si at vi undersøker fenomenet ved å ta del i sykepleierens erfaringer og kunnskaper med hensyn til smertebehandling av rusavhengige. Intervjupersonens erfaringer, opplevelser og beskrivelser blir gjort til et empirisk materiale/ tekst. Hermeneutikk er fortolkningslære, og kommer til anvendelse i oppgaven ved at vi fortolker datamaterialet.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til, det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende. Å fortolke på denne måten er altså å forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet til noe som synes uklart (Dalland 2007: 54).

4.0 INTERVJUDATA

4.1 Presentasjon av intervjumateriale

4.1.1 Å respektere og bekrefte pasientens smerteopplevelse

Selv om pasienten er rusmisbruker må han også tas på alvor når han sier han har vondt. Rusmisbrukeren kan ha en annen uttrykksform på hvordan dem opplever smerter. Samtidig må vi vise rusmisbrukeren forståelse for den smerten han eller hun opplever, og å tørre å sette ord på problematikken.

Vi skjønner at du har vondt, men kanskje vi har en ekstra utfordring når det gjelder din smerteproblematikk

Vi må ta pasienten på alvor og forstå at de trenger smertelindring på lik linje med alle andre. Rusmisbrukeren er vant til å bli møtt med mistillit, der er det viktig å lytte til dem og la de føle de kan bli trygg på deg.

Vi må ta pasientene på alvor, er de opererte så har de selvfølgelig vondt selv om de er rusmisbrukere

Det er veldig viktig å bruke god tid på kommunikasjon og kartlegging i møte med rusmisbrukeren. Tillit er et nøkkelord. Det er viktig å vise at vi har innsikt i det vi prater om og at vi tar pasienten og det han sier på alvor. Samtidig det å være klar på hva slags tilbud pasienten får av smertelindring og at man fra begynnelsen av har klare avtaler med rusmisbrukeren.

Hvis vi som jobber på smerteklinikken blir koblet inn, så har vi kanskje en mulighet til å sette oss bedre inn i saken og bruke litt mer tid enn en sykepleier som jobber på post med mange pasienter, spesielt på kirurgiske poster...

Det er jo ofte det som skal til, å sette seg ned på senge kanten at man kan prat og ta de samtalene, bruke god tid på kartlegging.

4.1.2 Faglig usikkerhet, påvirket av fordommer?

Intervjupersonen sier at han tror rusmisbrukere ofte blir underbehandlet i forhold til smertelindring, hvorpå han ettertrykkelig påpeker at dette er noe han subjektivt mener og ikke kan ha dekning for å vite. Samtidig uttrykker han at helsearbeiderne er med på å skape en viss avhengighet.

Om vi innrømmer det eller ikke, så er vi med på å skape avhengighet. Dette fordi pasientene ikke får nok oppfølging etter påbegynt smertebehandling.

Intervjupersonen mener at fordommer er ofte årsaken til at pasientene blir underbehandlet og nevner at leger kanskje har en viss redsel for å skrive ut opiater til en tidligere opiatmisbruker. Her må vi som sykepleiere se at vi er pasientens advokat. Vi må tørre å diskutere dette med legen hvis vi opplever at pasienten ikke får nok smertelindring. Rusmisbrukere er så vant til å måtte argumentere for alt og er flinke til å overbevise andre. For å skille en rusmisbruker som søker rus med en som har faktiske smerter, er det ofte de samme tingene som går igjen og de setter ofte personalet opp imot hverandre.

Ja man skal iallfall vite hva man har med å gjøre, for de er flinke til å manipulere, det er det ikke tvil om og det er de jo selvfølgelig blitt fordi de blir jo ikke akkurat så veldig høyt ansett i samfunnet. De er jo "survivors".

De ønsker hele tiden økende doser, og hvor de helt klart bruker analgetika til andre formål enn smerter, som søvn og avslapning. . De vil jo ofte benekte det og si at det er smerter selvfølgelig. Men om at man klarer å argumentere for at det kan være litt angst, abstinenser og slike ting, så vil det ofte komme på bane at det kan være litt abstinenser i tillegg.

Her påpeker intervjupersonen viktigheten av at sykepleier tør å gå inn i situasjonen. For ofte er det ikke smertelindring som trengs. Ofte er det mye angst, søvnløshet og uro som ligger bak hvor de egentlig trenger angstdempende, sovemedisin eller liknende medikamenter som fungerer bedre.

Ketorax er ikke det vi primært gir for at folk kan få sove eller slappe av. Det å tørre å gå inn og differensiere; Hva er dette? Men det er helt klart vanskelig! Spesielt hos rusmisbrukere som er mester på manipulering, så er det veldig vanskelig å vite.

4.1.3 Tverrfaglig samarbeid, en utfordring

Intervjupersonen etterlyser bedre samarbeid mellom smerteklinikk og postoperative avdelinger. Om inngrepet er elektivt, vil det være en stor fordel om smerteklinikken blir involvert preoperativt, da smertebehandling starter allerede her og også fordi det kreves så tett oppfølging av pasienten postoperativt. De blir i mange tilfeller koblet inn for sent. I slike tilfeller er det ofte en nedtrappingsplan som blir løsningen. Det blir videre nevnt at det burde vært et samarbeid med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i møte med pasienter tilknyttet dette, og intervjupersonen sier videre at rus og psykiatri går hånd i hånd. Vi er ofte avhengige av å jobbe sammen på tvers av fag og institusjon om vi skal klare å møte pasientens behov på en tilfredsstillende måte.

Det går ikke å gå inn i situasjonene å si at dette er bare psykisk. Dette er ikke bare psykisk eller bare fysisk. Det er begge deler.

4.1.4 Medikamentelle utfordringer

Intervjupersonens erfaringer er at smertelindring av en rusmisbruker er krevende da de har opparbeidet en høy toleranse for opioider.

La oss si at det er opiatmisbruk, da er de vant til å ha en høy dose, og det vil kreve det vi kaller for en hest-dose for å få samme effekt som en annen pasient

Intervjupersonen nevner at det er viktig å vite at det ikke er noe tak på opioidbehandling, det er effekt og bivirkning som styrer hvor mye vi kan gi.

Pasienten vil alltid etterspørre hurtigvirkende preparater, da dette vil kunne minske ubehag der og da. Rusmisbrukere ønsker helst injeksjoner rett i blodåra, for å få en rusfølelse, og dette er noe vi bør unngå. Det er viktig at den postoperative fasen skal være så kort som mulig, og tidligst mulig få pasienten over på smertelindrende medikamenter peroralt.

Vi må være ganske klar på hvilken administrasjonsvei man skal bruke på medikamenter. I postoperativ fase kan man forsvare å bruke intravenøst, men samtidig bør denne fasen være så kort som mulig hvor vi så raskt som mulig kan gå over på eventuelt peroralt. Vi må ta hensyn til hvilken smerte vi står ovenfor og eventuelt sy sammen et opplegg som er forsvarlig ut ifra medisinsk hensyn.

Intervjupersonen påpeker også at rusmisbrukere vil kunne respondere dårligere på medikament enn en som ikke er misbruker.

5.0 DRØFTNINGSDDEL

Vi vil her drøfte problemstilling og tar for oss temaene i intervjudelen.

5.1 Sykepleieren og rusmisbrukeren, et utfordrende samarbeid?

Som mennesker, medmennesker og snart ferdig utdannede sykepleiere, vet vi at både det å ha smerter selv og det å se et menneske ha vondt, gir oss ønske om å lindre. Enten fjerne årsaken til at vi eller andre er smertepåvirket, eller ved andre metoder lindre det som gjør vondt. For å forstå sykepleie skal man i følge Travelbee ha en forståelse for hva som skjer mellom pasient og sykepleier. Man skal vite hvordan samhandlingen mellom pasient og sykepleier kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten (Kirkevold 2006:114).

I møte med rusmisbrukere mener vi tillit er viktig for å bygge en god relasjon slik at vi kan skape et godt samarbeid i smertebehandlingen. Er sykepleiere flinke nok til å opprette dette tillitsforholdet? Vi ser som tidligere nevnt av Fekjær (2009:195) at mange mennesker med rusproblematikk har kanskje tidligere blitt møtt på en måte der de ikke føler tillit fra helsevesenet og føler seg uvelkomne. Dette mener vi kan gjøre at de allerede ved innleggelse i somatisk sykehus har en mistillit i møte med sykepleiere. Dette bekrefter intervjupersonen vår som sier følgende:

Man må la de få lov til å fortelle sin historie og høre på de. La de føle at de kan bli trygg på deg. Og stole på deg. For jeg får høre det ofte, de føler ofte at de ikke blir trodd av noen.

Travelbee sier at lidelse er en fundamental fellesmenneskelig erfaring. Samtidig at det er en ufravikelig del av det å være menneske, i tillegg til at det også er en svært personlig opplevelse (Kirkevold 2006:114). Hvorfor opplever vi som sykepleiestudenter at det da kan være vanskelig for oss som helsearbeidere å gå inn i en pasientsituasjon der det er en fortid med rusmisbruk og ha tiltro til at pasientens smerter er reelle? Smerter representerer vanskelige og faglig-etiske utfordringer for sykepleieren i praksis. Smerter har innvirkning på hele mennesket, og påvirker den psykiske, fysiske, sosiale og åndelige tilstanden vår. Derfor er det så viktig at sykepleiere skaper gode relasjoner med pasientene og oppretter en gjensidig

respekt og tillit. Dette kan være med på å skape grunnlaget for et godt samarbeid postoperativt (Kristoffersen 2002:307).

Har sykepleieren mistillit til en rusmisbruker som ønsker smertestillende grunnet ubehag, har han ikke ha respekt for pasientens rettigheter og verdighet. I sykepleiernes internasjonale etikkodeks står det: *..innebygget i all sykepleie er respekt for menneskers liv, rettigheter og verdiget, uavhengig av nasjonalitet, rase, tro, farge, alder, kjønn, politiske synspunkter eller sosial status* (Mekki og Tollefsen 2002:160).

Sykepleieren på smerteklinikken forteller oss at rusmisbrukere er vant til å bli møtt med mistillit. De er ofte skeptiske til helsevesenet, og derfor er det så viktig å ta seg god tid til å lytte til dem. Møte dem med respekt og bekrefte pasientens smerteopplevelse. Intervjupersonen sier videre at fordommer kan være en årsak til at pasienten blir underbehandlet, og legger til at leger kanskje har en viss redsel for å skrive ut opiatier til en tidligere rusmisbruker. Videre påpeker intervjupersonen at sykepleiere bør være pasientens advokat. Ha gode fagkunnskaper og kunne diskutere med legen om vi mener pasienten ikke er tilstrekkelig smertelindret. Vi må samtidig være klar over at rusmisbrukeren vil ofte være bestemt på at det kun vil være hurtigvirkende opiatier som virker. Vi må ha kjennskap til at pasienter med avhengighetssyndrom vil kunne være svært manipulerende og sette personalet opp mot hverandre for å få det han ønsker. Ofte kan det være andre medikament pasienten trenger, selv om han ikke er klar over dette selv. Intervjupersonen fra smerteklinikken påpeker da hvor viktig det er å tørre å gå inn i situasjonene for å klare å skille mellom reelle smerter og andre behov. Han sier videre: *Ofte er det mye angst, søvnløshet og uro som ligger bak hvor de egentlig trenger angstdempende, sovemedisin eller liknende medikamenter.* Kongsgaard et.al (2005) bekrefter dette når han som nevnt tidligere sier at rusmisbrukere kan ha vanskeligheter med å skille mellom angst, stress og smerter. Videre nevner han at abstinenssymptomer kan gjøre smertebehandlingen ytterligere komplisert postoperativt. Da mener vi at det er viktig at sykepleiere kan gå inn og observere hvilke symptomer pasienten har. Er pasienten smertepåvirket? I følge Almås et.al (2001:65) kan smerte vise seg som rask puls, blekhet og svette. Vi har i praksis et eksempel på nonverbale uttrykk for smerter. Pasienter som ligger helt stive i sengen, blek og svett og skjærer grimaser med bevegelser er eksempler på slike uttrykk. Kan det være en kombinasjon med angst og abstinenser som er med på å skape ubehag? Abstinenssymptomer viser seg i følge Almås et.al (2001:86) som rastløshet, nedsatt matlyst, brekninger, diaré, takycardi og skjelvninger. Her kommer samarbeidet mellom sykepleier og pasient til syne. Travelbee påpeker at det å bruke seg selv terapeutisk vil være å fremtre som en profesjonell sykepleier, hvor målet er at smerte og

lidelse blir lettere å håndtere: *.bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager* (Kirkevold 2006:119). Da er det viktig at sykepleiere har kunnskapen som kreves til å vite hvilke tegn vi skal se etter for å klare å skille smerten fra eventuelle andre symptomer. Hun sier videre at for å klare å nå målet krever det at en sykepleier bruker sin egen personlighet på en planmessig og hensiktsfull måte i samhandling med pasienten. Travelbee er opptatt av at sykepleieren benytter sine fagkunnskaper og sin innsikt for å møte pasientens behov for sykepleie. Sykepleieren skal legge en plan for hvordan pasientens behov skal ivaretas. For å kartlegge pasientens behov er observasjoner viktig (Kristoffersen et.al 2005:32-33).

Skal vi samhandle med rusmisbrukeren, mener vi at gjensidig tillit er viktig. Vi må kunne gå inn i et samarbeid hvor vi kommer frem til en best mulig måte å møte pasientens behov på. Da mener vi at det er svært viktig å være trygg på egne fagkunnskaper slik at sykepleiere ikke trenger å være usikker på om valgene som blir tatt er de riktige. Videre må sykepleiere være klar på og konsekvente på hvilke medikamenter som står til rådighet for pasienten, både type preparat og administrasjonsmåte.

Er det mulig å ha et samarbeid med en pasient som er rusmisbruker uten å føle at mistillit, manipulering og abstinensene vil prege forholdet? Intervjupersonen mener at det skal være mulig. Så lenge vi er har kunnskapene på plass, gjør klare avtaler, tar oss tid til å kommunisere og samtidig tør å være der for pasienten. Og ikke minst være konsekvente i det vi sier og gjør.

5.2 Er god smertebehandling postoperativt av rusmisbrukere en utfordring?

Nortvedt og Nortvedt (2001:46) sier at god smertebehandling skal beskytte pasientens integritet og understøtte hans verdighet. Videre viser de til at mennesker har en tydelig frykt for lidelse og smerter, og som nevnt i teoridelen er rusmisbrukere spesielt bekymret når de skal utføre kirurgiske inngrep grunnet sin toleranseutvikling for medikamenter. Er det grunn til bekymring for disse pasientene? Nortvedt & Nortvedt (2001:45) viser til en undersøkelse gjort i Canada hvor hele 1/3 av postoperative pasienter har rapportert om smerter 4 dager etter inngrepet. Som tidligere nevnt i oppgaven kan for dårlig smertebehandling postoperativt føre til kroniske smerter, depresjon og i værste fall selvmord. I tillegg kan pasienten bli en stor

økonomisk utgiftspost for sykehuset. Vi mener derfor at sykepleiere bør fokusere på god smertebehandlingen (Halldorsdottir og Blondal 2008).

Vadivelu et.al(2010) kan videre fortelle i en artikkel fra *Yale Journal Of Biology And Medicine* at smertebehandling også i USA er et stort problem. Smerte er hovedfokuset kirurgene bekymrer seg over da det er nært knyttet til det kliniske utfallet av en pasients postoperative velvære. Slike negative utfall kan være pneumoni, takycardi, hypertensjon, hjerteinfarkt, kroniske smerter, dårlig sårtilheling og søvnløshet. Den viser også videre at dårlig smertebehandling er en av de største grunnene til at sykehusoppholdet blir forlenget, og at vi har en lang vei og gå for at vi kan si at smertebehandlingen på en kirurgisk post er tilfredsstillende. Forfatter konkluderer videre med at til tross for at smertelindring i den siste tiden har hatt økt fokus hvorpå det er opprettet nye standarder, sliter fortsatt mange pasienter med intense smerter postoperativt. Vi ser ut fra dette at det er en del utfordringer å ta tak i når det kommer til smertelindring etter kirurgiske inngrep. Hvordan klarer sykepleier å ivareta rusmisbrukere som kirurgiske pasienter når vi tar i betraktning at de ofte har en dårligere helsetilstand enn andre pasienter?

For å vite om rusmisbrukere skiller seg ut som pasientgruppe, vil vi drøfte hvordan den ”vanlige” kirurgiske pasient blir tatt vare på etter et inngrep. Hvor flinke er egentlig sykepleiere på generell basis til å kartlegge smerter postoperativt, og lindre pasientene tilstrekkelig? I artikkelen ”The gap between saying and doing in postoperative pain management” tar Dihle et.al (2006) for seg forskjellene i hva sykepleiere sier de gjør og hva de faktisk gjør ved postoperativ smertelindring. På tross av økt kunnskap om smerte og smertelindring i de senere år, har forskning vist at det er høy forekomst av smerte blant kirurgiske pasienter i Norge. Vi mener dette er et dårlig grunnlag for å videre skal kunne observere og tilfredsstille en rusmisbrukers behov som pasient. Intervjudata viser at rusmisbrukeren trenger mer oppfølging, nøye observasjoner og tett kommunikasjon for å klare å bli smertelindret på lik linje med en vanlig kirurgisk pasient. Samtidig ser vi at rusmisbrukere er mennesker som har en stor oversykkelighet av psykiske lidelser. Misbrukere utgjør flertall av de som får hepatitt C i Norge hvert år, hele 70 – 80 % er smittebærere. 80 % er feil- eller underernært. I tillegg har 70% hatt magesår og samme antall alvorlig jernmangel (Fekjær 2009:193-195). Helsetilstanden ser vi også kan gi ytterlige utfordringer etter en operasjon. Almås og Berntzen (2001:157-158) viser til undersøkelser som er gjort hvor underernærte pasienters rekonvalesens var betraktelig høyere enn hos en rett ernært pasient.

Dhile et.al (2006) viser videre til at for å kartlegge pasientens postoperative smerter, mente sykepleierne at kommunikasjon og observasjon var sentralt. Under observasjon av

sykepleierne kom det fram at ikke alle var like våkne for pasientens smertesignaler. Enkelte sykepleiere var aktive og spurte direkte spørsmål til pasienten om smerter. Andre sykepleiere stilte mer indirekte spørsmål, noe som medførte at pasienten sjeldent ga uttrykk for smerter. Dersom pasienten ikke sa noe selv om egne smerter, ble de i disse tilfellene tolket som om de ikke hadde smerter. I behandling av postoperative smerter hevdet sykepleierne at de fulgte gjeldende retningslinjer og nyere kunnskap i smertebehandling. På tross av dette, viste undersøkelsen at det ikke alltid var tilfelle. I forhold til avhengighet til opioider, så ikke sykepleierne på dette som et problem annet enn i de tilfeller hvor pasienten hadde en avhengighet før innleggelse på sykehus.

Dette får oss til å spørre oss selv om helsearbeidere kanskje har en lang vei å gå innenfor dette temaet. Og hva er grunnen til at de vet hvordan ting burde gjøres, men utelater likevel å utføre dette? Er det kunnskapsmangel hos sykepleiere som gjør at dette er et så stort problem som Dhile påpeker? Kan det være på grunn av organisatorisk svikt, som manglende tid til observasjoner og samhandling? Eller skjønner ikke sykepleiere konsekvensene av for dårlig smertelindring postoperativt, og prioriterer andre arbeidsoppgaver i en typisk hektisk avdeling? I artikkelen slås det fast at forskjellene mellom hva sykepleierne sier og gjør ved postoperativ smertebehandling, fører til en barriere for god smertebehandling i det postoperative forløp.

Det har blitt påpekt at rusmisbrukere har mistillit til helsevesenet og er redde for å oppleve postoperative smerter på grunn av sin toleranseutvikling. Hvordan kan vi som sykepleiere klare å sørge for tilstrekkelig smertebehandling av rusmisbrukere, når ikke en gang den ”normale pasient” blir tilstrekkelig lindret? Intervjupersonen påpekte at det er utfordrende å smertelindre rusmisbrukere, og at det er viktig at smerteklinikken blir innkoblet så snart som mulig ved kjent rusmisbruk. Ved elektive inngrep burde de allerede være koblet inn preoperativt. I praksis har vi sett at sykepleiere står ovenfor ulike utfordringer når det kommer til smertelindring av rusmisbrukere, og at det var forskjell på hvordan ulike sykepleier taklet disse. Vi har også sett at Kongsgaard et.al (2005) skriver at smertelindring av rusmisbrukere er svært utfordrende. I følge intervjudata er utfordringene i smertelindring av rusmisbrukere knyttet til kommunikasjon, samhandling, tillit, fordommer, og administrering av medikamenter postoperativt.

Vi mener at rusmisbrukere har krav på forsvarlig og god smertelindring på lik linje med andre postoperative pasienter, og at dette kan være en utfordring som stiller høye krav til sykepleiere. Vi mener at sykepleiere må være bevisste disse utfordringene. På den måten tror

vi sykepleiere er best mulig rustet til å sørge for god smertelindring av rusmisbrukere postoperativt.

5.3 Tar sykepleiere ansvar for at rusmisbrukeren blir godt nok smertelindret?

Vi setter spørsmålstegn ved hvem som har hovedansvaret når en rusmisbruker ligger og kjenner på store smerter uten å få tilgang på tilstrekkelig hjelp, og vi ser at dette også i litteraturen er påpekt som et problem for den enkelte pasient innlagt på somatisk sykehus. På tross av at vi i dag har tilgang til effektive analgetika, må mange pasienter tåle unødvendige smerter, grunnet dårlig smertebehandling. Vi spør oss om dette virkelig er nødvendig? Ut fra intervjumaterialet ser vi at underbehandling finner sted i praksis, og intervjuperson nevner at både fordommer og redsel for å skape større problemer for rusmisbruker, kan være noe av årsaken til at dette kan skje. I følge Almås et.al (2001:82) forekommer underbehandling ofte på grunn av manglende informasjon om at pasienten ikke trenger å ha smerter. Travelbee påpeker at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er essensielt for å sikre at tiltakene sykepleieren iverksetter samsvarer med pasientens behov. Det er et middel for å oppnå et menneske til menneskeforhold, som igjen er et mål om å oppnå sykepleiers formål om å hjelpe pasienten (Kristoffersen et. al 2005: 32;Eide og Eide 2007:136). Mange pasienter blir liggende med smerter fordi de tror de må tåle smertene. Enkelte ganger er det sviktende kommunikasjon mellom leger og sykepleiere som er årsak til at smertebehandlingen ikke blir tilstrekkelig. En annen årsak til sviktende behandling av smerter er pasientens og sykepleierens frykt for å skape avhengighet til smertestillende medikamenter. Når det allerede foreligger en bakgrunn med rusmisbruk hos pasienten, er det å lett å unngå å gi opioider selv om pasienten ikke er godt nok smertelindret (Almås et.al 2001:86).

Viktigheten av at sykepleier har et godt samarbeid med både lege og pasient ligger til grunn for en god smertebehandling. Kartleggingsverktøy som smerteskalaer mener vi er viktige tiltak som burde brukes aktivt av sykepleiere postoperativt. Da vil det Dhile et.al (2010) påpeker om at smerter overses på grunn av indirekte spørsmål fra sykepleiers side kanskje kunne unngås.

Er det vanskelig å ta ansvar for god smertelindring fordi sykepleiere er lite trygg på egen faglighet? Er redselen for å bli misledet av rusmisbrukeren til å gi for mye opioider et uttrykk for lite fagkunnskaper, og hindrer det utøvelsen av god smertebehandling? Og vil en rusmisbruker som pasient stole så lite på oss som fagarbeidere at det gjør et samarbeid vanskelig? Vi har videre sett at Hildursdottir & Blondal (2008) legger ansvaret for at

pasienten er tilstrekkelig smertelindret på sykepleier, i et samarbeid med lege. De mener videre at selve hovedbarrieren for underbehandling av pasienter er angsten for de eventuelle konsekvenser som kan oppstå ved bruk av opioider. Dette være seg respirasjondepresjon og avhengighetsproblematikk. Utilstrekkelige vurderinger gjort av sykepleierne av pasientens smerter er også noe som forhindrer en vellykket smertelindring. Det ligger i tillegg ofte til grunn organisatorisk svikt. Den berømte tidsklemma, hvor det rett og slett ikke er tid til å vurdere pasienten tilstrekkelig, arbeidsmengde og utilstrekkelig forskrivning av analgetikum. Vi mener at en kombinasjon av organisatorisk svikt og respekt for opioider kan være to av hovedårsakene til at sykepleiere kanskje ikke tar nok ansvar for at pasientene blir godt nok smertelindret. I tillegg mener vi at kunnskapsnivået kan ha stor innvirkning på den enkelte sykepleiers utøvelse av god smertebehandling til pasienter med bakgrunn som rusmisbruker.

5.4 Medikamentelle utfordringer i postoperativ smertebehandling av rusmisbrukere

I intervjudata ser vi at smertelindring av rusmisbrukere postoperativt kan være krevende. Hvilke medikamentelle utfordringer står sykepleiere ovenfor i postoperativ smertebehandling av rusmisbrukere? Intervjupersonen viser til toleranseutvikling av opioider samtidig som rusmisbrukeren ofte vil etterspørre hurtigvirkende preparater intravenøst, og at dette er noe som gjøre sykepleier usikker i smertebehandlingen. Vi ser videre at i følge Jage og Bay (2000:141) er den analgetiske smertelindringen av rusmisbrukere ofte vanskeligere og krevd for lengre perioder enn hos vanlige pasienter. Derimot, prinsippet for å kombinere ulike typer smertelindring er like gyldig for disse pasientene som for de som ikke er rusmisbrukere.

Pasienter som får legemiddelassistert rehabilitering i form av metadon og buprenorfin trenger sin daglige dose som grunnlag før en operasjon. Dette grunnlaget sørger ikke for smertelindring, derfor trenger disse pasientene i tillegg hurtigvirkende opioider som må administreres med høyere doser enn vanlig (Jage og Bay 2000:141). På grunn av at disse pasientene er opioidtolerante trenger de større doser opioider enn det som er vanlig postoperativt. De tåler høyere doser på grunn av toleranseutvikling, og vil derfor ikke på samme måte få respirasjonsdepresjon som en vanlig pasient ville kunne få. De opioider som blir gitt i tillegg, øker ikke risikoen for tilbakefall hos metadonbrukere til å bli aktive rusmisbrukere igjen (Jage og Bay 2000:141).

Vi ser at det er viktig at sykepleiere har god kunnskap om medikamenter og administrasjonsmåter, for å føle seg rustet til å ta i mot rusmisbrukere som kirurgiske pasienter. I følge Kringelen (2008:223) er misbruk av rusmidler et av de største helseproblemene i det vestlige samfunn. Intervjupersonen påpeker at vi må være klar på hvilken administrasjonsvei vi bruker på medikamenter. Det kan forsvares å bruke intravenøst postoperativt, men samtidig er det viktig at smertebehandlingen raskest mulig går over til peroral administrasjon, spesielt hos rusmisbrukere. Kongsgaard et.al (2005) påpeker at i overgangen til langtidsvirkende preparat vil rusmisbrukeren ofte hevde manglende analgetisk effekt. Her mener vi at sykepleiere må være faglig sterke, og klare å skille tegn på smerte fra abstinenser og pasientens eventuelle manipulerende atferd. Intervjupersonen påpeker at helsepersonell kan bli lurt, da han karakteriserer rusmisbrukere som gode skuespillere. Videre påpekes det at intravenøse administreringer pågå for lenge, og smerteklinikken må lage en nedtrappingsplan som igjen fører til et unødvendig langt sykehusopphold. Samtidig ser vi at problemet også viser seg i motsatt retning. Sykepleierne er redd for å gi for mye, derfor blir

smertetegn oversett, og de lar mistillit til pasienten føre til at smertebehandlingen ikke blir tilfredsstillende.

Vi har her pekt på at sykepleiere står ovenfor ulike medikamentelle utfordringer i smertebehandling av rusmisbrukere postoperativt. Vi ser at det kan være utfordringer i forhold til toleranseutvikling, administrasjonsmåter og tillit til rusmisbrukere som pasienter. For å mestre disse utfordringene mener vi at det vil kreve solide faglige kunnskaper hos sykepleiere. Både for å tørre å stå i det som kan være en krevende situasjon og samtidig klare å yte en optimal smertebehandling. Vi mener det er viktig at sykepleiere har de nødvendige kunnskaper som gjør de faglig komfortable, og på denne måten kan føle seg trygge på at de kan smertelindre rusmisbrukere på lik linje med andre pasienter.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering og konklusjon

Vi har i oppgaven vår forsøkt å belyse ulike utfordringer som sykepleiere står ovenfor i postoperativ smertebehandlingen av rusmisbrukere. Vi har blant annet dratt fram og drøftet utfordringer i forhold til kommunikasjon, samhandling, tillit og administrering av medikamenter. Gjennom vårt arbeid har vi blitt bevisste på noen av de utfordringene som sykepleiere står ovenfor i møte med rusmisbrukere. Nedenfor presenterer vi en oppsummering;

- Vi har belyst sykepleiers egne holdninger, verdier og det nødvendige tillitsforholdet i møtet med rusmisbrukeren som pasient. Lagt vekt på de utfordringene det er for sykepleiere å skape et gjensidig tillitsforhold til rusmisbrukere, og viktigheten av å behandle rusmisbrukere med respekt.
- Vi har sett at det er viktig at sykepleier bekrefter rusmisbrukerens opplevelse av smerte, og være bevisste på at de trenger smertelindring på lik linje med andre pasienter. Videre har vi påpekt sykepleiers ansvar i smertebehandlingen.
- Vi har sett at det kan stilles krav knyttet til sykepleierens faglige kunnskaper og samtidig påpekt at sykepleiere kanskje må ta seg mer tid til ivaretagelse av rusmisbrukere for å klare å dekke deres behov.
- Vi ser at det er utfordringer i forhold til toleranseutvikling og administrasjonsmåter. Utfordringer knyttet til toleranseutvikling for opioider kan føre til at det blir krevende å oppnå tilfredsstillende analgetisk effekt. Rusmisbrukere krever som regel høyere doser, uten at det foreligger fare for respirasjonsdepresjon. Sykepleiere kan komme i situasjoner der de opplever at rusmisbrukere er ute etter medikamenter som kan gi ruseffekt. Vi mener det er viktig at sykepleiere er klar over at manipulering kan forekomme.

Vi har gjennom intervjudata og litteratur sett at postoperativ smertelindring av pasienter med en misbruksproblematikk er krevende og kan by på ulike utfordringer for sykepleiere. For oss har det vært en viktig læringsprosess å fordype oss i postoperativ smertelindring av rusmisbrukere. Vi er blitt mer bevisste på hvilke utfordringer vi kan stå ovenfor i møte med rusmisbrukere som pasienter i somatisk sykehus. På tross av at vi kun har intervjuet en person med erfaring fra feltet, har vi fått et innblikk i kompleksiteten i smertelindring av rusmisbrukere og hvordan dette håndteres i praksis. Vi er allikevel klar over at vi har mye å lære når det kommer til smertelindring av rusmisbrukere. Som vi har sett påpeker Travelbee at vi ikke kan forholde oss til pasienter som en gruppe, men at et hvert menneske er unikt og enestående (Kristoffersen et.al 2005:26). Vi kan på grunnlag av dette si at sykepleiere ikke kan behandle rusmisbrukere som en generell pasientgruppe, men at hver enkelt skal behandles individuelt ut fra sine behov.

Vi har ikke grunnlag for å si at all smertelindring av rusmisbrukere er krevende eller at det bestandig er utfordrende å behandle de postoperativt. Men vi har gjennom arbeidet med oppgaven fått et innblikk i hvordan sykepleiere kan møte rusmisbrukere, for å legge til rette for gjensidig tillit, god samhandling og effektiv postoperativ smertelindring.

6. 2 Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Almås, H. et.al (red) (2001) *Klinisk sykepleie – kapittel 5*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- Almås, H. og Berntzen, H. (2001) *Klinisk sykepleie – kapittel 8*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- Brinchmann, B.S. (red) (2005) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- Kringlen, E. (2008) *Psykatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. et.al (2005) *Grunnleggende sykepleie – bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. et.al (2002) *Generell sykepleie – bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mekki, T.E. og Tollefsen, S. (2002) *På terskelen – introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe Forlag.
- Sneltvedt, T. (2005) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. I: B.S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien*. (88-100). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

Bokmålsordboka (2006) Hentet 19.04.10 fra:

[http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?OPP=utfordring&ordbok=bo
kmaal&alfabet=n&renset=j](http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?OPP=utfordring&ordbok=bo
kmaal&alfabet=n&renset=j).

Evjen, R. et.al. (2007) *Dobbelt opp – om rusmisbruk og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget. 2.utgave.

Fekjær, H.O. (2009) *Rus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3.utgave.

Kirkevold, M. (2006) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave.

NOU 2003:4 (2003) *Forskning på rusmiddelfeltet*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet: 15.04.10 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2003/nou-2003-4.html?id=583942>.

Artikler

Blondal, K. og Halldorsdottir, S. (2008) *The challenge of caring for patients in pain: from the nurse`s perspective*. I: *Journal of Clinical Nursing* 18, 2897-2906.

Dihle, A. et.al (2006) *The gap between saying and doing in postoperative pain management*. I: *Journal of Clinical Nursing* 15, 469-479.

Jurgen, J. og Tareg, B. (2000) *Postoperative analgesia in patients with substance use disorders – part 1*. I: *Acute Pain*, Volume 3, 29-44.

Klingsheim, R. (2003) *Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring*. I: *Sykepleien* 2003 (2):33-37. Hentet 14.04.10 fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?document_id=118353.

Kongsgaard, U. et.al. (2005) *Smertebehandling ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling*. I: *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2005:nr 20. Hentet 14.04.10 fra: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1274854.

Vadivelu, N. et.al (2010) *Recent Advances in Postoperative Pain Management*. *Yale Journal of biology and medicine* 83, 11-25.

6.3 vedlegg

6.3.1 Intervjuguide

Hva skjer på smerteklinikken og hva er dine arbeidsoppgaver?

Hva er utfordringene for dere som sykepleiere i møte med rusmisbruker?

Hvordan smertelindres og ivaretas en rusmisbruker postoperativt kontra en ”normal pasient” ?

Finnes det retningslinjer i forhold til rusmisbrukere og smertelindring?

Er det noen typiske eller vesentlige forskjeller i møtet med en pasient som misbruker rusmidler i forhold til en som ikke gjør det?

Hvordan skiller du rusbehovet fra reelle smertelindringsbehov, og er dette vanskelig?

Mener du rusmisbrukere utnytter pasientsituasjonen de er i til å få tilgang på opiater?

Har rusmisbrukere behov for mer smertelindring enn pasienter uten rusbakgrunn, og har de lavere smerteterskel eller toleranse enn andre kirurgiske pasienter?

Har rusmisbrukere en spesiell måte å oppleve smerte på, eller er den like forskjellig for dem som for andre pasienter?

Klarer helsepersonell å smertelindre rusmisbrukere på lik linje med andre kirurgiske pasienter?

Finnes det en form for samarbeid mellom LAR og sykehuset?

Blir smerteklinikken innkoblet når en pasient med kjent rusbakgrunn skal ha et kirurgisk inngrep, og eventuelt når?

Er farmakokinetikken lik den som ikke-misbrukere har? Vil kroppen bearbeide medikamentene på en annen måte?

Har du noen erfaringer/historier som innebærer pasientopplevelser du har hatt med rusmisbrukere?

6.3.2 Tillatelse til innhenting av data

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving. Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.