



BACHELOROPPGAVE:

Å FORSTÅ SMERTEN PASIENTEN FØLER.

HOLDNINGER OG SMERTELINDRING-
HVLKE UTFORDRINGER MØTER MAN VED OPIOIDBRUK
I SMERTEBEHANDLINGEN HOS PASIENTER MED
LANGVARIGE SMERTER?

FORFATTERE:

CAROLINE V. LANGVEG

KAROLINE S. RØNNING

DATO: 09.MAI 2014.

VÅREN 2014

BACHELOR I SYKEPLEIE

AVDELING HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE.

SAMMENDRAG

Tittel:	Dato : 09.05.14	
	Å forstå smerten pasienten føler.	
	Holdninger og smertelindring- Hvilke utfordringer møter man ved opioidbruk i smertebehandlingen hos pasienter med langvarig smerte?	
Deltaker(e)/	Caroline V. Langveg og Karoline S. Rønning.	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen.	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Smertelindring, opioider, avhengighet, langvarig smerte.	
Antall ord: 12358	Antall vedlegg: 1.	Publiseringsavtale inngått: ja.
Sammendrag. Bakgrunn: Pasienter med langvarig smerte får ofte utilstrekkelig smertelindring grunnet sin opioidbruk. Langvarig bruk av opioider fører til fysisk avhengighet, og sykepleiere frykter problematisk opioidbruk. Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å identifisere sykepleiernes utfordringer for å oppnå tilstrekkelig smertelindring med opioider til pasienter med langvarig smerte. Metode: Litteratursøkene til dette litteraturstudiet ble utført i databasene Academic Search Elite og Cinahl i tidsrommet Mars til April 2014. Søkeord som pain management, opioid abuse, chronic pain, drug-seeking behavior og pain assesement ble blant annet benyttet. Diskusjon: Smertelindring er utfordrende når sykepleier oppfatter pasientens ønske om smertelindring som atferd relatert til problematisk opioidbruk. Stigma, holdninger, kunnskap og kompetanse påvirker sykepleierens smertelindring. Nøkkelord: Smertelindring, opioider, avhengighet, langvarig smerte.		

ABSTRACT

Title:		Date : 09.05.14
<u>To understand the pain the patient feels.</u> <u>Attitude and pain relief- what are the challenges when using opioids in pain relief treatment in patients with long-term pain?</u>		
Participant(s)/	<u>Caroline V. Langveg og Karoline S. Rønning.</u>	
Supervisor(s): <u>Siri Gunn Simonsen.</u>		
Employer: _____		
Keywords (3-5)	<u>Pain relief, opioids, dependence, long-term pain.</u>	
Number of words: 12358	Number of appendix: 1.	Availability: Open.
Summary. Background: Patients with long-term pain often get inadequate pain relief due to their opioid use. Long-term use of opioids leads to physical dependence, and nurses fear problematic opioid use. Purpose: The purpose of this literature search is to identify nurses` challenges to obtain adequate pain relief with opioids to patients with long-term pain. Method: The literature searches was conducted in the databases Academic Search Elite and Cinahl in the period of March to April 2014. Search words like pain management, opioid abuse, chronic pain, drug-seeking behavior and pain assessment were used. Discussion: Pain relief is challenging when nurses perceive the patients wish for pain relief as behavior related to problematic opioid abuse. Stigma, attitudes, knowledge and competency affects nurses` pain relief. Key words: Pain relief, opioids, dependence, long-term pain.		

Innholdsfortegnelse.

Sammendrag

Abstract

1.0 Innledning	1
1.1. Hensikt.....	1
1.2. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2.1. Smertelindring.....	2
1.2.2. Opioider.....	3
1.2.3. Toleranse, fysisk avhengighet og avhengighetssyndrom.....	4
1.2.4. Problematisk opioidbruk.....	5
1.3. Problemstilling.....	6
1.3.1 Valg av problemstilling.....	6
1.4. Forskningsområde.....	6
2.0. Metode	7
2.1. Forskningsetikk.....	7
2.2. Søkestrategi.....	7
2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
2.4. Analyse av artikler.....	11
3.0. Resultater	19
3.1. Sykepleiers utfordringer med pasienter i smerte.....	19
3.2. Risikofaktorer.....	21
3.3. Atferd.....	22
4.0. Drøfting	24
4.1. Sykepleiers utfordringer ved smerte og smertelindring.....	24
4.1.1. Møte med Hans.....	25
4.2. Frykten for å bli manipulert.....	26
4.3. Kunnskap og kompetanse hos sykepleier.....	28
4.4. Sykepleiers holdninger.....	30
4.5. Etikk og holdninger.....	31
4.6. Kan kunnskap om risikofaktorer bidra til bedre lindring av smerter?.....	32
4.7. Kartleggingsverktøy.....	34
4.8. Tverrfaglig samarbeid.....	35
5.0. Konklusjon	36

5.1. Metodiske overveielser.....	37
6.0. Litteraturhenvisning.....	38
Vedlegg. Vedlegg 1: Minimumsspørreskjema.....	42

1.0 Innledning.

Vi ønsker å ta for oss smertelindring til pasienter med langvarige smerter. Dermed vil vi skrive om opioidbehandling som smertelindring og samtidig unngå problematisk opioidbruk.

1.1 Hensikt.

Hensikten med denne oppgaven er å fokusere på hvordan sykepleier kan skille mellom smerteatferd og avhengighetsatferd, dermed bidra til at pasienten får tilstrekkelig smertelindring og unngår problematisk opioidbruk. Vi vil ha fokus på pasienter inne på sykehus med langvarige smerter da de vil fleste av disse vil ha behov for smertebehandling over en lengre periode. Dette gjør at denne pasientgruppen er spesielt utsatt for tilvenning og problematisk bruk av opioider. Formålet med studien er å tilegne kunnskaper om hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen. Vi håper at denne oppgaven kan bidra til at andre innenfor helsevesenet får bedre forståelse for utfordringen av smertelindring hos pasienter med langvarig opioidbehandling.

1.2. Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.

I 2007 fikk 9,7% av befolkningen i Norge utlevert opioider fra apotek. Det tilsvarer 470 639 nordmenn. Det er mellom 0,2 til 1% av den norske befolkningen som bruker opioider fast, og det er en liten del av disse som mottar refusjon på blå resept. Pasienter som ikke fyller disse kravene til refusjon bør ikke behandles med opioider over lenger tid (Helsedirektoratet 2014). Det er ingen stor gruppe pasienter, men det er behov for mer informasjon innenfor område. I løpet av et yrkesliv som sykepleier kommer vi til å møte denne pasientgruppen. Pasienter med langvarige smerter som behandles med opioider over tid kan være en utfordring for sykepleier på avdeling. Vi ser på denne gruppen som en utfordring i forhold til smertelindring grunnet helsepersonells frykt for bivirkninger av opioider, blant annet toleranse og avhengighet. Fra tidligere praksis har vi opplevd manglende kunnskap ved mistanke om problematisk opioidbruk. Det er mange faktorer involvert for å kartlegge smerte og eventuell problematisk opioidbruk til denne pasientgruppen. De mest sentrale begrepene i denne oppgaven blir dermed fysisk avhengighet, langvarige smerter, smertelindring og atferd

relatert til problematisk opioidbruk. Vi har valgt å sette et stort fokus på pasienter som allerede har utviklet fysisk avhengighet eller som har et problematisk opioidbruk. Dette på bakgrunn av at sykepleiernes holdninger er svært fremtredende til denne pasientgruppen. I tillegg mener vi det er særdeles viktig å ha kunnskap om rusmisbrukere i forhold til atferd og utvikling, for at sykepleier skal vite forskjell mellom hva det vil si å være avhengig i motsetning til å være fysisk avhengig. Vi har valgt å bruke begrepene problematisk opioidbruk og avhengighet likeverdig i denne oppgaven, grunnet begrepsavklaring nedenfor

1.2.1 Smertelindring.

Smertesystemet setter oss i stand til å reagere i tide på ytre påvirkninger som er til skade. Det varsler oss om truende vevsskade lenge før vi føler smerte. International Association for Study of Pain (IASP) (referert i Almås, Berntzen & Danielsen 2010 s. 357) har definisjonen *“Smerte er en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”*. Dermed er smerte det som pasienten opplever og sier den er. Det er en subjektiv opplevelse. For å gi pasienten tilstrekkelig smertelindring, er det viktig med kunnskap om smertefysiologi, hva som påvirker smerter og ulike behandlingsmetoder. Vi har valgt å fokusere på medikamentell smertebehandling, spesielt med tanke på behandling med opioider. Hensikten med smertelindring er at pasienten skal unngå unødvendige lidelser. Kartlegging og vurdering av smerte vil være avgjørende for å planlegge, iverksette og evaluere individuell smertebehandling som vil kunne gi pasienten adekvat smertelindring (Berntzen, Danielsen og Almås 2011). For å oppnå god smertelindring må sykepleieren ha en problemløsende tilnærming, dette kalles sykepleieprosessen (McCaffery og Beebe 1994). Den første delen av denne prosessen er vurdering. Dette er innsamling av subjektiv og objektiv informasjon. Dette gjøres gjennom observasjon, samtale med pasienten, fysiske undersøkelser og tidligere sykehistorie. Deretter kommer identifisering av problemet. Her må sykepleieren kartlegge og liste opp problemene.

Fordi smerte oppleves ulikt, er det pasientens smerteopplevelse som er utgangspunktet for sykepleierens behandling. Vurdering av pasientens smerte og smertelindring er en del av en sykepleiers hverdag. Det finnes aldri en mal på hvor vondt en pasient har det. Vurdering og kartlegging av smerte blir derfor det første og viktigste tiltaket for effektiv og individuell smertebehandling. Planlegging vil være det neste steget i denne prosessen. Her vurderes

behovene til pasienten, og utøvelse og prioriteringer av sykepleie skal planlegges. Deretter kan man iverksette tiltak. Dette er blant annet tiltak som å administrere medikamenter, gi pasienten veiledning samt at man koordinerer tjenester (ibid). Sykepleieren kan enten stole eller tvile på pasientens uttalelser om smerteopplevelsen. Dersom pleieren tviler på pasienten, vil dette skape en barriere i pasient-sykepleier-forholdet, og pleieren vil fungere som en brems i smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås 2011).

Sykepleierne må evaluere sin utøvelse av sykepleie. Når det kommer til smerte, må man se på om medikamentene og eventuelt andre tiltak er tilstrekkelig for at pasienten har en opplevelse av smertelindring. Ved ubehandlet smerte forekommer mange sekundærproblemer som for eksempel kvalme, angst, depresjon, inaktivitet, dårlig matlyst, døsighet, slapphet, respirasjonsforstyrrelser og søvnproblemer (McCaffery og Beebe 1994). Dette er tilstander som videre kan føre med seg ytterligere problemer. Kvalme vil ofte føre til at pasienten får nedsatt matlyst, spiser mindre og kroppen får dermed et utilstrekkelig tilskudd av energi. Dette vil også føre til nedsatt aktivitet. Smerte alene kan gjøre at mange vegrer seg for ulike aktiviteter, da dette kan medføre smerte (Berntzen, Danielsen og Almås 2011) Bekymring og depresjon ser man ofte i sammenheng med ubehandlet smerte. Denne sammenhengen er uklar, men nesten all smerte har en kombinasjon av fysiske og psykiske aspekter. Dette kan blant annet bidra til opplevelse av redusert livskvalitet (ibid).

1.2.2 Opioider.

Opiat er et legemiddel fremstilt av opium. En skiller mellom naturlige og semisyntetiske opiater. De naturlige er bestanddeler fra plantesaften opium, mens de semisyntetiske finnes ikke i opium, men kan fremstilles fra de naturlige opiatene. Et opiat er et legemiddel som kan direkte eller indirekte spores tilbake til opiumsvalmuen. Opioider derimot er stoffer som likner på opium, altså stoffer med morfinliknende effekt. Begrepet er definert ut fra kroppens påvirkning av opioidreseptorer, uavhengig av stoffets kjemiske opphav eller molekylstruktur. Begrepet handler om noen, men ikke alle opioider, det blir blant annet ikke brukt på en rekke helsyntetiske opioider eller kroppens egne opioide peptider, endorfiner. Begrepet opiat ble i 1984 erklært utgått, men det brukes fortsatt. Det er begrepet opioid som brukes i dag. Begrepene overlapper hverandre og skaper forvirring, derfor blir ordet opioid brukt av de fleste i dag (Westin, Strøm og Slørdal 2011).

Opioider påvirker hjernens motivasjonsbane ved å gi pasienten en følelse av velvære og assosieres ofte med bedre humør. Dette relateres til påvirkningen av hjernens utskillelse av dopamin. Dette gjør at opioider fungerer både på nevrofarmakologisk og psykologiske mekanismer. Ved denne type påvirkning vil det gi en større bevissthet og ubehag relatert til smerte. Videre vil dette kunne føre til at forventningene til smerte og lidelse kan resultere i somatisk ubehag eller nedsatt fysisk funksjon til et enda større omfang enn den egentlige smerteopplevelsen. Opioider vil da være en positiv relasjon hos pasienten da det relateres til velvære. Alle opioider gir samme type abstinenssymptomer (Garland et al 2013, Vukmir 2004). Dette er symptomer som dilaterte pupiller, magekrampe, kvalme, uro og irritabilitet, hodepine og feberlignende symptomer (Shaygani, S. og H. Waahl 2009) oppgaven har vi valgt å bruke analgetika og opioider om hverandre grunnet at ordet analgetika er en felles betegnelse for legemidler som opphever eller lindrer smerte (Store norske leksikon 2005-2007, under overskriften “Analgetika”).

1.2.3 Toleranse, fysisk avhengighet og avhengighetssyndrom.

Det er viktig å kunne skille mellom de ulike begrepene for å forstå pasientene og deres situasjon. Begrepene blir mye brukt om hverandre, men når man ser på definisjoner, ser man en forskjell. Noen pasienter er i større fare for å utvikle avhengighet, men det er langt i fra alle som blir avhengig. Derimot blir alle som bruker opioider over tid fysisk avhengig. Det er uunngåelig. Helsedirektoratet (2014) definerer fysisk avhengighet som en reaksjon som viser seg i form av økt toleranse og abstinenssymptomer i forbindelse med rask dosereduksjon og seponering. Dette er kroppens biologiske reaksjon som en naturlig konsekvens ved daglig bruk av opioider over lengre tid. Med toleranse menes at jevnlig bruk av vanedannende stoffer kan føre til at pasienten ikke lenger oppnår samme effekt ved samme dose, eller at dosen må økes for å oppnå samme effekt (ibid). Økt legemiddeltoleranse kan ofte mistolke dette som et tegn på vanedanning som vil føre til misbruk. Avhengighetssyndrom blir ifølge ICD-10 definert som

“et syndrom av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller en klasse av substanser får mye høyere prioritet for en person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (Helsedirektoratet 2014, s. 10).

Denne diagnosen må oppfylle minst tre av seks kriterier. Disse kriteriene går ut på at man føler en sterk tvang til å innta substansen, abstinensproblemer, utvikling av toleranse, likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, økende bruk til tross for negative konsekvenser og problemer med kontroll av bruk, mengde og tidspunkt. Dette er en diagnose som må skilles fra fysisk avhengighet.

1.2.4 Problematisk opioidbruk.

Begrepet brukes for å beskrive pasienter med opioidbruk, men som har betydelig avvik fra behandlingsplanen. Det finnes noen kjennetegn på at en pasient med langvarig smerter har utviklet problematisk opioidbruk; Pasienten er veldig opptatt av å diskutere opioider med legen. Dette kan ta opp mye tid og forhindre behandling for andre aspekter ved smertetilstanden som legen forsøker å hjelpe med. Samt kan pasienten be om fornyet resept. Det forekommer ofte at pasienten har “mistet resepten” eller blitt “frastjålet medisinen”. I tillegg kan pasienten få medikamenter på andre måter som for eksempel legevakt, forfalsket resept og illegale kilder (Helsedirektoratet 2014). Tidligere studier viser at historie med alkohol, bruk av ulovlige rusmidler, misbruk, angst, depresjon og langvarig smerte er viktige risikofaktorer for utvikling av opioidmisbruk og -avhengighet. Mange pasienter som opplever langvarig smerte vil ofte kreve opioidbehandling over lengre tid. Dette gjør at de står i fare for at opioidbruken eskalerer seg fra passende bruk til misbruk og avhengighet (Garland et al 2013). Iatrogen påført feilbruk blir ofte misoppfattet som problematisk opioidbruk. Begrepet pseudoaddisjon blir også brukt. Dette er et tilfelle hvor pasienten opplever uadekvat smertelindring av opioider på grunn av for lave doser eller ukontrollert forskriving. Pasienten vil da få smerter som følge av dette, og ofte vil de spørre etter større eller hyppigere doser (Fredheim, Borchgrevink og Breivik 2008). Det er viktig å kunne skille mellom iatrogen påført feilbruk og problematisk opioidbruk for å gi tilstrekkelig smertelindring og god behandling til pasienten.

1.3 Problemstilling.

“Holdninger og smertelindring- hvilke utfordringer møter man ved opioidbruk i smertebehandlingen hos pasienter med langvarige smerter? “

1.3.1 Valg av problemstilling.

Vi har valgt å bruke begrepene holdninger og smertelindring i problemstillingen. Grunnen til dette er at vi vil ha fokus på holdninger som en hindring til adekvat smertelindring med opioider ved langvarig smerter. Da vi skriver holdninger mener vi stigmatiserende holdninger mot pasienter med langvarig opioidbruk. Samt har vi fokus på andre utfordringer i smertelindring til denne pasientgruppen. Vi vil ha fokus på er voksne med ikke-kreft-relaterte langvarig smerter innlagt på sykehus som har utviklet toleranse og fysisk avhengig. Vi har også valgt begrepet langvarige smerter. Det brukes i Norge synonymt med det internasjonale begrepet “chronic pain”. Det blir vanligst definert som smerte som har vart over et halvt år, men noen setter grensen til tre måneder. Når en benytter dette begrepet skal smerten være kontinuerlig eller stadig tilbakevendende (Helsedirektoratet 2014). Grunnlaget for å ikke bruke “kronisk smerte” er at dette begrepet ofte blir satt i en negativ sammenheng. Ordet kronisk gir mindre håp for at tilstanden kan gå over. Langvarig smerte er derfor den betegnelsen som blir brukt fremfor kronisk.

1.4 Forskningsområde.

Vårt forskningsområde er klinisk sykepleie som studerer den direkte kontakten mellom sykepleier og mennesker som mottar eller har behov for sykepleietjenester. Klinisk sykepleieforskning retter seg mot fenomener som er knyttet til sykepleierens funksjons- og ansvarsområder i den praktisk hverdagen. Helseseksjonen kan deles inn i tre forskningsområder; utdanningskvalitet, helse i dagliglivet og kvalitet i sykepleie. Vi har valgt den sistnevnte. Kvalitet i sykepleie har videre to fokusområder; pasienters behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet. Vårt hovedfokus er pasienters behov og sikkerhet som knyttes til samhandling, grunnleggende behov samt pasientsikkerhet (Høgskolen i Gjøvik 2013).

Bacheloroppgaven vår har betydning for klinisk sykepleie fordi vi vil sette fokus på hvordan sykepleier vurderer smertelindring i forhold til faren for avhengighet. Dette handler nettopp om den direkte kontakten mellom sykepleier og pasient. Sykepleiere observerer smerte og observasjonene blir gjort med verbal og non-verbal kommunikasjon med pasientene. Vi vil sette lys på dette temaet slik at det blir mer fokus på det. Det er et viktig tema grunnet at utilstrekkelig smertelindring er et kjent fenomen på norske sykehus, spesielt når det gjelder behandling av opioider ved langvarig smerter. Da øker frykten for opioidavhengighet og problematisk opioidbruk. Videre relateres dette til vår studie i forhold til hva vi har beskrevet under bakgrunn og hensikt.

2.0 Metode

I følge Dalland (2012, s. 48) innebærer begrepet forskning “.. å søke grundig etter klarhet og forståelse i forhold eller en sammenheng“. God forskning er dermed hvor god klarhet forskningen gir i forhold til den aktuelle sammenheng (ibid).

2.1 Forskningsetikk.

Denne studien er en litteraturstudie, noe som vil si at vi baserer vår oppgave på tidligere forskning og utførte undersøkelser. Etske overveielser bør gjøres før en litteraturstudie påbegynnes. I forhold til artiklene vi velger må vi se på hvilke etiske overveielser forfatterne har gjort i studien. Dalland (2012) skriver at forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet. I forhold til medisinsk forskning handler det også om at deltakerne ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger for å få kunnskap om mennesker er det viktig med tillitt. Temaer vi er sett på er taushetsplikt, frivillig informert samtykke og anonymisering. I vår oppgave er det viktig at vi skiller mellom vårt materiale og andre forfattere sitt materiale, slik at det ikke anses som plagiering. Vi har lagt stor vekt på å vise til korrekte litteraturhenvisninger for å ikke ta kreditt for andre forfattere sin forskning.

2.2 Søkestrategi.

For å sette opp en god søkestrategi brukte vi PICO-skjema. Dette var til hjelp for å identifisere de sentrale aspektene som trengtes for å gjøre et godt og strukturert søk. Ved en slik kunnskapsbasert studie er det viktig å gjøre problemstillingen om til konkrete og fokuserte spørsmål. Dette ga oss gode søkeord som videre ga oss gode treff på artikler. I forhold til å finne gode artikler har vi prøvd oss litt frem med forskjellige kombinasjoner av søkeord. Vi har også brukt mesh terms (medical subject headings) for å finne flere alternativer til et og samme søkeord. Mesh er et system som organiserer medisinske søkebegreper (U.S National Library of Medicine 2013). Dette systemet var litt vanskelig å bruke i starten, men etter hvert lærte vi å finne gode alternativer til søkeordene våre. Etter å ha søkt etter artikler i ulike databaser, så vi først på relevansen på artikkelens tittel, deretter så vi på sammendragene for å se om det var en artikkel av vår interesse. Dersom sammendragene ga et inntrykk av å kunne brukes i vår studie, leste vi igjennom artikkelen. Etter en stort utvalg av artikler, valgte vi de som var mest relevant. Vi valgte da artikler som tok for seg smertelindring, opioidbruk, avhengighet og risikofaktorer, og endte opp med artikler som omhandlet minst to av disse temaene. Oversikt over søkene våre vises i tabell nedenfor.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Søkeordene vi endte opp med satte vi opp et skjema med søkeord, databaser, kombinasjoner og antall treff. Inklusjonskriteriene vi har valgt å ta med er at artiklene skal være peer-reviewed. Det er ikke sikkert den er vitenskapelig selv om den er peer reviewed. Det kalles også fagfellevurdering. Det betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland 2013). Informasjonen om dette legges på tidsskriftsnivå og garanterer derfor ikke at alle artiklene vi finner i et vitenskapelig tidsskrift er vitenskapelige. Derfor har vi i tillegg søkt på artikkelens ISSN-nummer på Database for statistikk om høyere utdanning, Publiseringsskanaler (2014). Det gir oss informasjon om artikkelen er vitenskapelig publisert, med forbehold at artikkelen er på nivå 1 eller nivå 2. Derfor er alle artiklene våre på nivå 1 eller 2.

Vi har valgt å begrense tidsperioden på søket til 2008-2014 for å få den nyeste forskningen i håpet på å finne helt nye funn som kan svare på problemstillingen vår. Ny litteratur gjør også oppgaven mer pålitelig grunnet at det gir oppdatert informasjon. Noen av artiklene kom

utenfor ønsket tidsperiode. Dette grunnet at vi gjorde søkene noe ulikt og på ulike databaser. Vi valgte å ta med noen av artiklene som ble publisert før 2008, da andre artikler etter 2008 ikke var like relevante for vår studie. Da vi leste gjennom artikler undersøkte vi om de hadde IMRAD-struktur, det vil si at oppgaven har en introduksjons-, metode-, resultat- og en diskusjonsdel. Selv om artikkelen har IMRAD-struktur garanterer ikke det for at den er vitenskapelig, men vi vet at de fleste vitenskapelig artikler blir skrevet etter denne strukturen. En slik struktur gjør artikkelen veldig oversiktlig å lese, noe som gjorde at vi først og fremst så etter denne typen struktur og valgte vi det som et inklusjonskriterie. På en annen side hevder noen miljøer at IMRAD-strukturen fører til mindre kreativitet og gjør forskningen kjedeligere (Dalland 2012). Som sluttresultat endte vi også opp med artikler som ikke fulgte IMRAD-struktur. Etter artikkelsøket var det veldig viktig å granske artiklene kritisk. Vi har vært veldig opptatt av at metoden var godt beskrevet i artikkelen, for å lettere vurdere om den er pålitelig. I tillegg har vi lagt vekt på hvor studien er gjort og hvor den er publisert. Artiklene vi har valgt er fra de vestlige landene og er primært fra USA og skandinavia.

To av artiklene våre har vi funnet utenom databaser ved et manuelt søk. Vi brukte norske søkeord på Google. Ordene vi brukte var smertelindring, opioidavhengige og sykehus. Deretter gikk vi gjennom treffene våre og valgte kjente kilder som var trygge å bruke. Deretter leste vi sammendrag og fant en artikkel. Den andre artikkelen fant vi via et blad om sykepleie som heter "Sykepleien". Den første artikkelen fant vi gjennom dette bladet, men den andre fant vi via nettet. Dette bladet kommer gjennom sykepleierforbundet og presenterer forskning og utvikling i forhold til sykepleie. De samme inkluderings- og ekskluderingskriterier gjelder også disse manuelle søkene.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkludert
1. Nurs* 2. Pain assessment 3. Addiction	Academic search elite	1+2+3	17	1
1. Pain mangement 2. Challenge	Cinahl	1+2	1	1
1. Pain 2. Drug-seeking 3. Behavior	Academic Search Elite	1+2+3	29	1
1. Pain relief 2. Drug addiction	Cinahl	1+2	3	1
1 Opioid abuse 2 AND Chronic pain	Academic Search Elite.	1+2	57	2
1 Drug-seeking behavior 2 AND Pain management	Academic Search Elite	1+2	7	1
1 Mental health 2 AND Pain 3 AND opioids 4 AND opioid abuse 5 Substance abuse	Academic Search Elite	1+2+3+4+5	45	1

2.4 Analyse av artikler.

Vitenskapelige artikler gjennomgår mye strengere kvalitetssikring enn i fagtidsskriftene. I disse artiklene stilles det bestemte krav om innhold og form. Det er ulike typer vitenskapelige artikler. Forskningsartikler som presenteres for første gang er originalartikler. Det er eksempler på det vi kaller primærstudier. Det betyr ny kunnskap om et emne. Vi har hovedsaklig primærstudier. Vi har valgt å analysere metode grunnet at ut ifra metoden som er anvendt skal andre kunne forske videre på temaet. Metoden skal dermed kunne kontrolleres og etterprøves. Kravene som stilles til en vitenskapelig artikkel er ganske lik de som stilles til en bacheloroppgave, selv om nivået er et annet. Det er viktig at en slik artikkel redegjør og diskuterer metodevalg. Videre skal resultater presenteres. Gjennom drøfting settes resultatene inn i en større sammenheng. Hensikten er å presentere ny kunnskap, mens en fagartikkel skal gjøre kunnskap kjent (Dalland 2012). En fagartikkel, sekundærstudie, viser til forskning som benytter seg av allerede eksisterende primærstudier. Disse dataene reanalyseres. Denne type studier er ofte oppsummering av kunnskap med en kritisk vurdering og gjennomgang av primærstudier (ibid). I møte med noe vi vil undersøke er metoden redskapet vårt. Vi har sett på både kvantitative og kvalitative metoder. Dalland (2012, s.112) skriver

“De kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i en befolkning eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg talfeste eller måle”

En sekundærstudie derimot viser til forskning som benytter seg av allerede eksisterende primærstudier. Disse dataene reanalyseres. Denne type studier er ofte oppsummering av kunnskap med en kritisk vurdering og gjennomgang av primærstudier (ibid).

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat/ diskusjon	Egne kommentarer
B. Wilson I: Journal of Clinical Nursing Nr. 18 (2008) "Can patient lifestyle influence the management of pain?"	- Om pasientenes livsstil innvirker på sykepleiers vurdering av smerte og smertelindrende avgjørelser.	Fenomenologisk metode	- Livsstilen til pasienter påvirker sykepleiers vurdering av smerte, samt gjør medkolleger. - Sykepleiere med videreutdanning gir bedre smertelindring enn sykepleiere uten videreutdanning.	-Oversiktlig oppgave, med gode skjemaer i resultatdelen.
K. Blondal, S. Haldorsdottir I: Jorunal of Clinical Nursing Nr.18 (2009) "The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective"	- Øke forståelsen av hvordan er det for sykepleiere å ta var på pasienter i smerte.	Kvalitativ metode.	- Utfordrende å ta vare på pasienter med mye smerte. Utfordringene er "å lese pasienten", indre konflikter, kommunikasjon med leger og organisering.	- Tabeller viser til resultatene.
C.A. Grover, R.J.H. Close, E.D Wiele, K. Villarreal, L.M. Goldman I: The journal of emergency medicine. Vol 42, Nr.1 (2011) "Quantifying drug-seeking behavior: a case control study"	- Hvor stor grad av russøkende atferd er på akuttinntak.	Retrospektiv metode	- Risikofaktorer for russøkende atferd er blant annet pasienter kan medikamenter ved navn, 3 eller flere besøk relatert til diffuse smerter.	- Nyere artikkel - Viser til fysiske tilstander som har mest russøkende-atferd.
A. Dewar, M. Osborne, J. Mullett, S. Langdeau, M. Plummer I: Issues in Mental Health Nursing (2009) "Psychiatric Patients: How Can We Decide if You are in Pain?"	- Hva påvirker og hvilke utfordringer psykiatriske sykepleiere har i smertelindring.	Kvalitativ metode	- Mange faktorer som spiller inn, både egne meninger/tanker/holdninger og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.	- Sier mye om avhengighet og sykepleiers holdninger til avhengighet.
Højsted, J., O. Ekholm, G. P. Kurita, K. Juel og P. Sjøgren I: PAIN 154. (2013) "Addictive behaviors related to opioid use for chronic pain: A population-based study"	- Undersøke forekomst av indikatorer på vanedannende atferd	Kvantitativ og Kvalitativ studie.	- Bruk av benzodiazepiner, høyt alkoholinntak og bruk av ulovlig narkotika, syntes å kunne assosieres med misbruk av opioider blant pasienter med langvarige smerte.	- Nyere forskning. -Sammenheng mellom atferd og opioidbruk.

<p>Gardland, E. L., B. Froeliger, F. Zeidan, K. Partin og M. O. Howard I: Neuroscience and Biobehavioral Reviews 37. (2013)</p> <p>"The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: Cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways"</p>	<p>- Identifisere biologiske risikofaktorer og atferd som knytter sammen langvarige smerte, bruk av opioider og avhengighetsatferd.</p>	<p>Sekundærstudie.</p>	<p>- Langvarige smerter og opioid avhengighet innebærer en syklus der nociception og stress forsterker smerte og provoserende tilbakevendende selvmedisinering med opioider, som i sin tur fører til oppmerksomhet mot opioid-relatet signaler som framprovoserer narkotikabruk.</p>	<p>- Relevant for forståelse av blant annet fysisk avhengighet.</p>
<p>Vukmir, R. B. (2004) I: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Vol. 30, No. 3.</p> <p>"Drug seeking behavior."</p>	<p>- Akutt og langvarig smerte-kontroll mot medisinsk og juridisk sammenheng av narkotikasøkende atferd.</p>	<p>Fagartikkel.</p>	<p>- Nøkkelen er å isolere den psykiske, fysiske og funksjonelle komponenter og behandle hver tilsvarende.</p>	<p>- Viser til symptomer og atferd ved narkotika-søkende atferd.</p>
<p>Edlund, M. J., D. Steffick, T. Hudson, K. M. Harris og M. Sullivan (2007) I: Pain 129, (International Association for the Study of Pain).</p> <p>"Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain."</p>	<p>- Hvordan best balansere risikoen for opioid-misbruk og avhengighet, for samtidig å gi smertelindring.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>- Narkotikamisbruk og psykiske lidelser er risikofaktorer for å utvikle misbruk av opioider.</p>	<p>- Undersøkelse fra USA.</p>
<p>Torvik K., Hårstad L.K.L, Berdal A.B, Frønes A., Strøm O.E, Kattisaunet M.H.G og Torjuul K. (2014) I: Sykepleien, Nr.3</p> <p>"Kartlegger smerte"</p>	<p>- Innføring av felles smerte-kartleggingsverktøy har ført til bedre smerte- lindring</p>	<p>Kvantitativ metode</p>	<p>- Lite bruk av kartleggingsverktøy - God erfaring ved bruk av smertejournal - Stor tidsbruk ifht. kartlegging</p>	<p>- Norsk studie, nyere forskning</p>
<p>Li, R., R. Andenæs og D. Nåden (2012) I: Sykepleien Forskning , 7(3).</p> <p>"Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus"</p>	<p>-Smertelindring til opioidavhengige med smerter innlagt i sykehus</p>	<p>Kvalitativ, tverrsnittsdesign.</p>	<p>- Få kartlegger rusmisbruk - Lite bruk av kartleggingsverktøy - Mange føler seg manipulert av opioidavhengige pasienter.</p>	<p>- God artikkel som tar for seg norske sykepleiere og leger.</p>

Artikkel 1: “Can patient lifestyle influence the management of pain?” (2008).

Dette er en primærartikkel med en kvalitativ analyse av spørreundersøkelsen som ble gjort. Artikkelen er relevant for den tar for seg sykepleiers holdninger i forhold til avhengighet. Det var 72 kandidater, 36 var spesialsykepleiere og 37 var sykepleiere uten videreutdanning. Kandidatene fikk to forskjellige case. De måtte vurdere smerte og smertelindring til disse pasientene ut ifra spørsmål fra de to ulike pasientsituasjonene. Det er oversiktlig tabeller som viser til forskjellene på hva sykepleierne svarte i forhold til spesialsykepleierne. Begrensninger til studien er at den viser ikke hvordan de hadde vurdert smerte og smertelindring til pasienter de faktisk møter. I tillegg vet en heller ikke om kandidatene svarte etter hva de vet er riktig i forhold til hva de faktisk gjør i pasientsituasjoner. Studien er utført i Nord- Amerika. Studien har brukt litteratur helt tilbake til 1957 til 2007, men bruker litteraturen for å gi et større perspektiv. Studien er godkjent av en etikk- komité, The British Psychological Society.

Artikkel 2: “The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspective” (2009).

Dette er en primærartikkel med en fenomenologisk studie, det vil si at det er en kvalitativ metode. Dalland (2012) skriver at det betyr læren om fenomener. Denne type studie er veldig nyttig når en skal samle data for hvordan sykepleier opplever smertelindring. Studien involverte 20 dialoger med 10 erfarne sykepleiere. Ustrukturerte intervjuer ble brukt for å samle inn data. Det ble brukt dialoger for at det skulle virke mer naturlig. Det ble satt opp skjemaer som viste utfordringer som gir en oversikt over funnene. Begrensningene til studiene er at sykepleierne kan ha latt være å nevne aktiviteter som ikke står i stil med den beste praksisen. I tillegg kan det hende at disse kandidatene er de som har mest kunnskap om smerte og smertelindring enn andre sykepleiere, siden studiene har valgt sykepleiere ut ifra frivillige som har meldt seg. Studiene er utført i Island, og kan dermed relateres til forholdene i Norge. Det er få deltagere i studien, men vi har valgt å ha den med grunnet at metode er godt beskrevet. Det viser at det er en godt gjennomført studie. Artikkelen er relevant i forhold til at den gir innblikk i sykepleiers syn på smertelindring. Kildehenvisningen viser til kilder primært etter 2000. Dette gjør den mer pålitelig. Studien ble godkjent av “Office of Human Resources” på “Icelandic National University Hospital” og etikk- komiteen på “FSA University Hospital”.

Artikkel 3: “Quantifying drug-seeking behavior: a case control study” (2011).

Dette er en primærartikkel med en retrospektiv metode. Det vil si at det er en studie som ser tilbake og kartlegger fortid med henblikk på risikofaktorer (Store norske leksikon 2005-2007, under overskriften “Retrospektiv”). Dermed går den type metode under kvantitative metoder. Studiene undersøkte 152 pasienter som brukte medikamenter med fare for avhengighet. Studiene brukte journaler gjennom sykehusets journal system, Horizon Patient Folder. De så på journaler som gikk gjennom et år. Resultatene samlet de opp i en tabell som gir oversikt over ulike plager som har mest russøkende atferd. Studiene bygger på journaler som sykepleiere og leger har skrevet, dermed er studien avhengig dem. Det er en begrensning grunnet at journaler ikke alltid er nøyaktig. Studien er forholdsvis ny, dermed ekskluderer den eldre forskning som ikke lenger er gjeldende. Denne undersøkelsen ble utført i California og inngår dermed i inkluderingskriteriene våre. Den er relevant for oppgaven fordi psykiske lidelser er en risikofaktor for å utvikle avhengighet. Kildene i denne artikkelen har et bredt spekter med årstall, men flertall av kildene er fra etter 2000. Derfor har vi vurdert at vi kan bruke denne.

Artikkel 4: “Psychiatric Patients: How Can We Decide if You are in Pain?” (2009).

Dette er en primærartikkel med en kvalitativ metode. De har utført en intervjuer med 20 kandidater. 16 sykepleiere og fire ledere med sykepleierutdanning. Spørsmålene i intervjuene ble laget sammen med fire sykepleiere og to ledere med sykepleierutdanning. Kandidatene jobbet på en av seks akutt psykiatriske enheter vest i Canada. Artikkelen er utgitt i 2011, det er en fordel i forhold til at det er av den nyeste forskningen innenfor tema vårt. Denne artikkelen er relevant fordi den gir innblikk i risikofaktorer og atferd for rusavhengighet. Kildehenvisningen viser til at de aller fleste kildene som er brukt er datert etter 2005. Det gjør den mer pålitelig. Forfatterne av studien fikk etisk godkjenning for gjennomføring av studien.

Artikkel 5: “Addictive behaviors related to opioid use for chronic pain: A population-based study” (2013).

Denne artikkelen er en primærartikkel med kvantitativ og kvalitativ metode. Tall fra en helseundersøkelse fra Danish Cohort Study (DANCOS) med individbaserte registre samt at det ble sendt ut spørreskjema til pasientene. Inkluderingskriteriene var personer med enten langvarige ikke-kreft-relaterte smerter med varighet over seks måneder eller pasienter med opioidbruk. Undersøkelsen har få ekskluderingskriterier, dette gjør den stor i omfang. På en annen side gjør dette at studien kan sammenligne de ulike pasientgruppene. 13281 personer mellom alderen 16 år og eldre ble analysert. Dette gir artikkelen en fordel med at den dekker en stor aldersgruppe. Dette er til fordel for å besvare vår valgte problemstilling, da vi ikke har en bestemt aldersgruppe. Oppgaven har en svært kort men samtidig svært konkret resultatdel. Den har også gode tabeller som viser til resultater etter undersøkelsen. Studien henviser til nyere litteratur, noe som gjør at den er oppdatert, dagsrelevant og pålitelig. Undersøkelsen er gjort i Danmark, noe som gjør at den kan relateres til forholdene i Norge på en hensiktsmessig måte.

Artikkel 6: “The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: Cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways” (2013).

Dette er en sekundærstudie som tar for seg fakta om hjernens og kroppens reaksjoner på langvarige smerte og opioidbruk. Artikkelen er utgitt i 2013. 154 av 179 kilder er datert til etter 2000, dette gjør at den viser til nyere kunnskap og forskning og at den er dagsrelevant og pålitelig. Denne artikkelen er relevant for forståelse av blant annet fysisk avhengighet og opioidbruk. Den har svært gode fakta om anatomi og fysiologi, noe som gjør at den skiller seg ut fra de andre artiklene vi har valgt. Svakheter ved denne artikkelen er at det er en sekundærstudie, så den tar kun for seg tidligere funn og resultater. Den krever også at leseren har noe kunnskap om anatomi og fysiologi fra før, noe som kan gjøre den krevende å lese og forstå.

Artikkel 7: “Drug Seeking Behavior” (2004).

Denne artikkelen er en sekundærstudie som tar for seg fakta om smerteatferd, medikamentmisbrukende-atferd og fakta om opioider og opioidbruk. Artikkelen baserer seg

på prospektive og retrospektive kliniske studier og tar i hovedsak for seg tall og opplysninger fra National Library of Medical Computerized Data Base 1990-2004. Artikkelen har kun en forfatter, noe som kan gi artikkelen et lite objektivt syn. Den er utgitt 2004, noe som gjør at den er utenfor ønsket begrensingskriterier, men studien baserer seg på mye litteratur som er skrevet etter 2000. Artikkelen er relevant da den tar for seg kliniske og psykiske symptomer som fortsatt gjør seg gjeldene per dags dato. Den har også gode oversiktlige tabeller som viser til resultater fra tidligere undersøkelser og opplysninger. Bakgrunnen for valg av denne artikkelen er at den viser til konkrete symptomer på de ulike aspektene som problemstillingen vår går ut på.

[Artikkel 8: “Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain” \(2007\).](#)

Dette er en kvantitativ studie med innsamlet helseopplysninger fra ulike delstater i den sentralsørlige delen av USA. 15160 personers opplysninger ble analysert.

Innkluderingkriteriene var langvarige ikke-kreft-relatert smerte, langvarig opioidbruk eller minst én utgitt opioid-resept i løpet av 2002. Ekskluderingkriterie var personer med påvist opioid-avhengighet og misbruk i 2000, 2001 og 2002 samt personer med resepter for metadon i 2001 og 2002. Dette for å utelukke de som allerede hadde en påvist avhengighet eller misbruk av preparater. De har mange personer som ble inkludert i studien, men samtidig gjelder dette kun krigsveteraner. I studiens litteraturliste henvises det til hele 17 kilder hvor litteraturen er utgitt før 2000. Dette gjør at noe av den litteraturen studien baserer seg på kan være utdatert og mindre pålitelig i forhold til nyere forskning. Artikkelen er relevant i forhold til at den beskriver risikofaktorer i forhold til opioidavhengighet og -misbruk.

[Artikkel 9: “Kartlegger smerte” \(2014\).](#)

Dette er en primærartikkel med kvantitativ metode. Prosjektgruppen brukte 11 forskningsartikler med ulike kartleggingsverktøy. De endte opp med to kartleggingskjemaer som de følte passet og som de ville prøve ut i Åfjord kommune. Kommunen ble informert om prosjektet og arrangerte en fagdag med tema smerte og helhetlig smertebehandling. Hensikten med denne studien var å utvikle og kvalitetssikre lindrende behandling i kommunen, dette med spesielt fokus på smertebehandling ved livets slutt. Studien viser til effekten av kartleggingskjemaer i forhold til smertelindring. Målet ble å innføre et felles

kartleggingsverktøy og gjennomføre opplæring av ansatte som var deltakende i smertebehandling. Dette er en artikkel av nyere forskning, men har hovedfokus på hjemmetjeneste og sykehjem. Dette vil da si at de fokuserer på en pasientgruppe med høy alder. Denne artikkelen gjør seg gjeldende for vår oppgave for å se hensikt og virkning av kartleggingsverktøy.

Artikkel 10: “Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” (2012).

Denne artikkelen er en kvalitativ primærartikkel med beskrivende tverrsnittsdesign basert på en spørreundersøkelse med et hensiktsmessig utvalg. 312 deltakere i undersøkelsen (72%), der både sykepleiere og leger ved kirurgisk, intensiv- og anesthesiavdelinger ved fire sykehus deltok. Dette gir en høy svarprosent og vi ser på det som positivt med mange deltakere. Før spørreskjema ble sendt ut, kartla kontaktpersoner innen smertemiljøet de enkelte sykehus hvilke avdelinger opioidavhengige pasienter oftest var innlagt på. Ansatte ved seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anesthesiavdelinger ble valgt ut. Inklusjonskriteriene var sykepleiere eller leger i fulltids- eller deltidsstillinger med erfaring med rusmisbrukere. Svarene på undersøkelsen forble anonyme. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD). Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogram og ga en gjennomsnittsverdi og standardavvik. Artikkelen hadde et egenutviklet spørreskjema som ikke var validert eller testet ut i andre studier. Studien tok også for seg holdninger hos helsepersonell, noe som vanskelig lar seg måle, noe som kan gi tvil til validiteten av begrepene som ble brukt.

3.0 Resultater.

Wilson (2008), Dewar et al (2009) og Blondal og Haldorsdottir (2009) har sykepleieperspektivet i fokus i sine studier. De fokuserer på utfordringer som sykepleieren møter for å gi adekvat smertelindring, hvordan livsstilen til pasientene og hvordan andre sykepleiere påvirker sykepleierens lindring av smerte. I tillegg hvordan psykiske lidelser hos pasienten påvirker holdninger hos helsepersonell. Disse artiklene tar for seg sykepleiers forhold til pasient samt samhandling, holdninger og det psykososiale miljøet. Disse studiene gir oss mer enn generell fakta rundt smertelindring og problematisk opioidbruk. Garland et al (2013) er en artikkel som går direkte på fysiologisk og psykologiske faktorer som påvirkes når man utvikler avhengighet. To av artiklene som fokuserer på pasienten og fakta rundt opioidbruk, atferd og smertelindring er Vukmir (2004) og Grover et al (2012). De har ingen fokus på sykepleierens rolle i smertelindring. Li et al (2012) derimot er en studie som fokuserer på holdninger, handlinger og kunnskap om smertebehandling til rusmisbrukere innlagt på sykehus. Dette er en artikkel som har både et sykepleieperspektiv samt et pasientperspektiv. Den viser til utfordringer hos sykepleiere og hvordan pasienten opplever behandlingen. Tilnærming til pasienter med rusmisbruk er et av hovedfokusene i denne oppgaven. Torvik et al (2014) vektlegger kartleggingsverktøy som kvalitetssikring i forhold til å gi tilstrekkelig smertelindring. At artiklene har ulikt fokus innen samme tema gir oss muligheten til å sammenligne flere perspektiver for å gi et større og mer sammensatt bilde. Dette vil si at studien får et mer helhetlig syn. Artiklene som er mer relatert til fakta gir oss et oppdatert kunnskapsgrunnlag.

3.1 Sykepleiers utfordringer med pasienter i smerte.

I yrket som sykepleiere har en ansvar for at pasientene er tilstrekkelig smertelindret. De administrerer analgetika og andre medikamenter, samt har de ansvar for å kartlegge smerte. Det er legen som bestemmer hvilke type og mengde analgetika ut i fra sykepleiers observasjoner, dermed blir det ikke alltid forskrevet type og mengde som sykepleier ønsker. Bekymringer som sykepleier har til smertelindring er ofte knyttet til forholdet de har med legen.

Blondal og Haldorsdottir (2009) presenterer utfordringer sykepleiere har i forhold til smertelindring i sin studie. De beskriver at det er fire hovedutfordringer: å lese pasienten, moralske dilemmaer og indre konflikter, samarbeid med lege og utfordringer i forhold til organisering på avdeling. Utfordringen med "å lese pasienten" baserer seg på verbal og non-verbal kommunikasjon mellom pasient og sykepleiere. De møter utfordringer med hvordan de skal spørre om smerte, og mange opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon av pasienten. Altså, sykepleier kan observere non-verbalt at pasienten er i smerte, men pasienten selv sier at en han har smerte eller motsatt. Ved spørsmål om bruk av smertekartleggingsverktøy hadde sykepleierne forskjellige syn. Noen synes det var et veldig viktig verktøy, men mange mente at denne type verktøy ikke var til hjelp.

Når det kommer til utfordringer med indre konflikter og moralsk dilemma gjelder dette spesielt pasienter med rusavhengighet. Sykepleierne har utfordringer med å vite om pasientene faktisk trenger medikamenter og eventuelt hvor mye. Det er ofte manglende erfaring med å ta vare på denne type pasient (Li et al 2012). Mange syntes denne pasientgruppen er krevende, vanskelig og frustrerende, og noen føler til og med frykt ved kontakt med denne type pasient. Derimot føler mange lite frykt for at den "vanlige" pasienten skal utvikle avhengighet, men mange sykepleiere blir usikre på ærligheten til pasienten når det er uklart hvorfor vedkommende har smerter og når pasientene spør etter mer smertestillende enn den normale dosen. Samtidig er sykepleier svært redd for å gi for mye analgetika grunnet frykten for respirasjonsdepresjon. En annen utfordring sykepleiere har er kommunikasjon med lege. Mange synes det er vanskelig å bli hørt, noe de avhengig av siden det er legen som forskriver analgetika. Sykepleierne sier det er en fordel når de hadde et godt forhold til legen. Mange sykepleiere velger noen ganger å endre på dosen analgetika uten å konferere med legen, og heller innrømme hva de hadde gjort etterpå. Den siste utfordringen er organiseringen på avdeling, altså sykepleierne føler de har for dårlig tid til å gi tilstrekkelig smertelindring. Til tross for utfordringene er alltid målet å gi tilstrekkelig smertelindring ifølge Blondal og Haldorsdottir (2009). De konkluderer med at sykepleier føler det som en forpliktelse.

Wilson (2008) skriver at det er faktorer som alder, kjønn, sosial status, avhengighet og respirasjonsdepresjon som påvirker sykepleiere når de vurderer smerte i forhold til å gi smertelindring. I studien til Wilson (2008) står det at generelle sykepleiere frykter

avhengighet mer enn spesialsykepleiere. Sykepleier underbehandler smerte hos pasienter når de mistenker avhengighet. Generell sykepleier blir også veldig påvirket av hvordan og hvem pasienten er i motsetning til spesialsykepleier, dermed mistenker de oftere at pasienten ikke er troverdig i forhold til uttalelser om sine smerter. I studiene viser det seg at spesialsykepleier gir bedre smertelindring til pasienter med mistanke om avhengighet enn generell sykepleier. Samtidig viser studien at spesialsykepleier underbehandler smerte hos den "vanlige" pasient og i tillegg pasienter med mistanke om avhengighet (ibid). Li et al (2012) skriver at helsepersonells kunnskaper, rutiner og holdninger er faktorer som påvirker smertebehandling til opioidavhengige. Mangelfull kunnskaper om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandling har vist seg være en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring. I tillegg gis denne pasientgruppen utilfredsstillende smertebehandling og blir også stigmatisert og smertene blir underdiagnostisert. Manglende smertelindring til opioidavhengige må ikke bare forstås ut fra kunnskapsmangel og dårlige rutiner, men også ut i fra helsepersonells stereotype holdninger og deres påvirkning på handlingsvalg. Det virker som helsepersonell er redde for å bli manipulert, spesielt ved foreskrivning og etterspørsel etter opioider.

3.2 Risikofaktorer.

Et sentralt spørsmål ved opioidbruk i behandlingen av langvarige smerter er hvordan på best måte å balansere risikoen for opioidmisbruk og avhengighet, og samtidig gi pasienten en opplevelse av smertelindring. For å oppnå denne balansen, mener Edlund et al (2007) at det er behov for å forstå risikofaktorene for opioidmisbruk.

Højsted et al (2013) viser gjennom sin studie at det er ulike faktorer som kan ses i sammenheng med utvikling av avhengighet relatert til smertebehandling med opioider. Faktorer som genetisk disposisjon, psykososiale forhold, tidligere historie med avhengighet enten hos pasienten eller pasientens familie, psykiske lidelser, lav alder, høy opioid-dose, bruk av kortvarig opioider, sterke smerter, langvarige smerter og et nåværende bruk av tobakk, alkohol og benzodiazepiner. Videre er det også vist at bruk av illegale stoffer kan ofte være en sterk indikator for opioidmisbruk (Edlund et al 2007). Studien til Edlund et al (2007) resulterer i at det er en sammenheng mellom bruk av illegale stoffer og langvarig bruk av opioider, samt at denne sammenhengen forsterkes hos individer med langvarige smerter. Studien viser også at langvarig smerte ofte assosieres med angst, depresjon og søvnproblemer. Angst og depresjon kan føre til økt smerte. Angst kan forekomme som en frykt for kommende

smerte og kan dermed øke bevisstheten rundt pasientens smerte. Dette kan være en forklaring på at det er forbindelser mellom individer med langvarige smerter og deres bruk av benzodiazepiner. Benzodiazepiner viser seg å også være en risikofaktor til problematisk opioidbruk (Højsted et al 2013). Denne gruppen medikamenter er også svært vanedannende og kan derfor bidra til avhengighetsatferd.

Edlund et al (2007) sin studie ser en sammenheng mellom alder og opioidmisbruk og -avhengighet. Tallene fra studien viser at risikoen er avtagende ved økende alder. Historie med psykisk lidelse er en av de mest fremtredende årsakene til problematisk opioidbruk. For å starte opp smertebehandling hos pasienter med tidligere eller nåværende psykisk lidelse, må dette kartlegges. Dette er en faktor som kan gjøre behandlingen komplisert. Målet må være å minimalisere risikoen for problematisk opioidbruk gjennom å først behandle den psykiske lidelsen hos de som er kandidater for langvarig smertebehandling med opioider. Dette kan også legge til rette for tilstrekkelig smertelindring, siden det er bevis for at riktig behandling av psykiske lidelser bidrar positivt til smertebehandlingen (ibid).

Mer enn en av fem opioidbrukerne i Højsted et al (2013) sin studie viste seg å ha minst to av seks avhengighetsskapende vaner. Disse vanene er daglig røyking, høyt alkoholinntak, ulovlig stoffmisbruk det siste året og bruk av benzodiazepin-lignende stoffer.

Det er også funn på at det er en sammenheng mellom antall dager med behandling med opioider og utviklingen av avhengighet og misbruk. Dette viser at risikoen for misbruk øker med antall dager med smertebehandling med opioider (Edlund 2007).

3.3 Atferd.

Pasienter som kun søker medisinsk hjelp for å få opioider kommer ofte inn med tilstander som er vanskelig å evaluere som for eksempel hodepine, rygg smerter og tann smerter. De har ofte en villedende atferd. Det inngår i blant annet å forfalske resepter, bruker flere leger, mister medikamenter, spør etter påfyll av medikamenter, overdriver symptomer og har flere alias. Det som er mest vanlig er at de er innom lege svært ofte, opptil 3 ganger i løpet av ei uke samt at pasienten klager over smerter. Denne type pasient viser seg å ha mye kunnskap om smertestillende medikamenter. De spør ofte om å få medikamenter parenteralt, spør etter medikamenter etter navn og kan bli truende eller til og med voldelig hvis de ikke får medikamentet de spør etter (Grover et al 2011). I Studien til Grover et al (2011) sier de at det

er nesten umulig å finne ut om en pasienter søker hjelp for å få medikamenter ved ikke-terapeutisk grunnlag. Pseudoaddiksjon, eller iatrogen påført feilbruk, er en tilstand når pasienten har uutholdelige smerter som en resultat av langvarig sykdom, men som er underbehandlet. Disse pasienten kan ofte bli mistenkt som avhengig, da de har medikamentsøkende atferd grunnet at de desperat prøver å bli kvitt smertene sine. Det er en stor utfordring å skille mellom disse pasientgruppene. Det er mange kartleggingsverktøy innenfor område. Blant annet “Opioid Risk Tool” og “Addiction Behavior Checkliste” (ABC). Begge disse skjemaene er veldig oversiktlig og kan være til hjelp ved mistanke om avhengighet, men ved bruk av disse skiller en ikke pasienter med pseudoaddiksjon og pasienter med avhengighet. De er blitt utviklet for å unngå problematisk medikamentbruk for pasienter med langvarig smerter. Torvik et al (2014) har forsket på smertekartlegging i sin studie. Artikkelen fokuserer på å presentere et felles kartleggingsverktøy for smerte, og mener at det bidrar til et felles språk og bedre kommunikasjon mellom ulike faggrupper og pasienten. De skriver at et slikt verktøy bidrar til kvalitetssikring i forhold til å gi tilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere anser et slikt verktøy som mer arbeid og tungvint, derfor er det nødvendig at ansattes holdninger endres. Hvis en oppnår dette kan verktøy for smertekartlegging kvalitetssikre god kartlegging av smerte, dermed oppnå bedre eller tilstrekkelig smertelindring. En vellykket smertebehandling krever systematisk, tverrfaglig tilnærming både i diagnostikk og behandling. Derfor anbefales det bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. Smerte er det symptomet både pasient og pårørende frykter mest. Derfor er kartleggingsverktøy viktig. Avhengighet begynner ofte med sykdom som blant annet migrene, alvorlig traume, revmatoid artritt eller jobb-relaterte skader. Etter hvert utvikler disse pasientene toleranse mot medikamentene de bruker, som opioider. Dette kan føre til flere besøk hos lege der de etterspør større doser medikamenter mot smerte, og på dette stadiet kan pasienten allerede ha utviklet avhengighet. Selv om det underligger faktisk smerte er avhengigheten en stor motivasjon for å dra til legen for å få mer medikamenter. Dette er beskrevet typisk for de med langvarig smerte som blir opptatt av både smerte og opioider samtidig (Grover et al, 2011). I studien har de observert at pasienter med avhengighet klager mye over smerte. Dette kan være typisk i forhold til at de overdriver symptomene sine eller det kan forklare at medikamentbruk over lengre tid kan øke smerte og langtidsendringer i hjernen om smerteoppfatning. Derfor er det en mulighet at de faktisk opplever alvorlig smerte, men dette er umulig å vite helt sikkert (ibid).

4.0 Drøfting.

I denne delen av oppgaven vår vil vi anvende nevnt forskning og teori, for å drøfte problemstillingen:

"Holdninger og smertelindring- hvilke utfordringer møter man ved opioidbruk i smertebehandlingen hos pasienter med langvarige smerter?".

4.1. Sykepleiers utfordring ved smerte og smertelindring.

Berntzen, Danielsen og Almås (2011) skriver at det er en fin balansegang mellom for liten og for stor mengde av analgetika. Det er vanskelig å finne denne balansen og en av grunnen kan være frykten for problematisk opioidbruk. Det kan også forekomme at pasienter med tydelige smerter kan utvikle en avhengighet av medikamenter til tross for at de kun ønsker smertelindring. Hos pasienter med opioidavhengighet viser forskning mangelfull kunnskap til hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandlingen. Dette viser seg å være en sentral del av at denne pasientgruppen ofte får utilstrekkelig smertelindring (Li et al, 2012). Behandling av langvarige smerter hos pasienter med opioidavhengighet, vil mange tenke at pasienten er narkotikasøker og uten legitimt behov for smertebehandling. Opioidavhengige pasienter har ofte dårlig erfaring med smertelindring og opplever stadig å bli stigmatisert og mistrodd. Ved evaluering av pasienten, legges det ofte vekt på kun en side av pasientens situasjon, enten smertene eller avhengighet (ibid). Sykepleier har hovedansvaret for smertelindring og administrasjon av analgetika, men legen har ansvar for hva pasienten skal stå på og hvor mye. Det er en utfordring for sykepleier å ta vare på pasienter med smerte. De møter utallige hindrer på veien mot tilstrekkelig smertelindring (Blondal og Haldorsdottir, 2009).

“Få mennesker dør av smerte, mange dør med smerter, og ennå flere lever med smerter” (Breivik 2002, s, 101 I: Berntzen, Danielsen og Almås 2011, s. 387).

Det finnes mange forskjellige misoppfatninger om smerte, spesielt finnes det mange rundt vurdering av pasientens smerte. Disse misoppfatningene omhandler ofte situasjoner som; hvem som har autoritet til å vurdere smerte, responser som er typisk for smerte og tilpasning av smerte, smerte ved ukjent årsak, forutsigbarhet og variabler til varighet og smertens omfang, hvor mye pasienten “burde” tolerere og samhandling mellom pasient og

personalet (McCaffery 1979). Slike misoppfatninger påvirker ofte sykepleiernes smertebehandling og holdninger til pasienten. Det er viktig å få en økt bevissthet rundt disse misoppfatningene for å unngå at de påvirker sykepleiernes profesjonelle holdning.

For å belyse de ulike aspektene i vår problemstilling, har vi valgt å bruke et pasientcase. Utformingen av caset er basert på personlige erfaringer, men pasienten er fiktiv. Det er i forhold til §21 taushetsplikt og opplysningsrett i lov om helsepersonell. Det står *“Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”* (Helsepersonelloven 2014). Vi har valgt å fortelle om “Hans”.

4.1.1 Møte med Hans.

Hans er 45 år gammel, bor alene og har ingen nær familie. Han er inne på kirurgisk avdeling for utredning av langvarig ryggsmerte. Han sliter med søvn relatert til smerter, og ber stadig om sterke analgetika utover sin ordinerte dose. Pasienten er bevisst på hvilke type smertestillende som gir smertelindring og ikke, og ber derfor etter spesifikke medikamenter. Hans klager over ryggsmerte til tross for å ha fått ekstra doseringer hele dagen, og blir irritert over at de ansatte på avdelingen ber han vente før han kan få mer smertelindring. Han vandrer mye rundt på avdelingen og tar seg også noen turer ut for å røyke. På vaktrommet er Hans mye omdiskutert blant personalet. “Pasienten er storforlangende i forhold til medikamenter, er i smerter men orker fortsatt å gå ut å røyke. Han kan ikke ha store smerter dersom han orker det”, blir det sagt av personalet. Hans er frustrert og sint mot personalet, og har også et utseende som skremmer noen av de ansatte. Sykepleierne sier at det alltid er så mye arbeid med slike pasienter, at de bare er frekke og er ute etter gratis medikamenter. De har jobbet på avdelingen lenge og kjenner igjen *typen*. De vil ikke la seg lure av *disse pasientene*, da dette har skjedd før.

Hans får diagnosen prolaps. Dette er en tilstand som kan innebære store smerter hos pasienten. Hans blir operert ikke lenge etter innkomst, og etter operasjonen er det en merkbar forandring i humøret hans. Han har ikke bedt etter mer smertestillende utover ordinert dose og virker i bedre humør. Når en av de ansatte kommer innom rommet til Hans, forteller han noe om sin opplevelse av oppholdet hans på avdelingen så langt.

“Det er godt at det kommer inn noen som er blide og hyggelige. Jeg føler at det har vært så mange av de ansatte som har vært irritert på meg.. Jeg hadde veldig vondt før operasjonen, men nå er smerten helt borte.”

I løpet av oppholdet til Hans viser det seg at ingen har brukt tilstrekkelig med tid på smertekartlegging av pasienten. Han har ikke blitt spurt om å rangere sine smerter på smerteskala, spurt hvilken type smerter han har, hvor de er og om de er konstante. Sykepleierne på avdelingen handlet ut ifra tidligere erfaringer. De har hatt mange pasienter med prolaps tidligere, så de har forventninger om hvor vondt pasienten har det ut ifra diagnosen og hvilken behandling dette krever.

Fortellingen om “Hans” er det nok mange som kan relatere til egne erfaringer. Mange spørsmål kan stilles rundt behandlingen av denne pasienten:

Har ikke pasienten krav på samme behandling på lik linje som andre pasienter fordi personalet tror han misbruker medikamenter? Hvorfor påvirker denne antakelsen om pasientens tilstand sykepleiernes holdning og utøvelse av sykepleie i så stor grad? Hvordan kan sykepleierne mene at pasienten er tilstrekkelig smertelindret?

4.2 Frykten for å bli manipulert.

«Det er viktig å tro på pasienten, og ikke betvile hans opplevelse av smerte. Likevel er det ikke uvanlig at helsepersonell frykter å bli «lurt» av pasienten. Men smerte kan verken bevises eller motbevises. Smerteintensiteten er ikke proporsjonal med skadens størrelse eller alvorligheten av sykdom.» (Stubhaug og Ljoså 2008, s.26).

En av de mest essensielle elementene av sykepleierens terapeutiske forhold til pasienter med smerter vil være at pasienten kan stole på at pleieren tror på hans uttalelser om sine smerter. I følge McCaffery (1979) har sykepleiere en tendens til å komme med uttalelser som “det kan ikke være så smertefullt”, “vi antar at det ikke er så vondt” og “det kan ikke være så vondt”. Pasientene opplever ofte problemer med å måtte legalisere sine grunner til å oppleve smerte og at sykepleierne opplever disse pasientene som manipulerende og krevende. Man ser også en relasjon mellom uklare diagnoser og at sykepleiere ofte har mindre tro på disse pasientenes uttalelser. Dette gjør at smertene kan oppfattes som innbilte (ibid). I følge Blondal og

Haldorsdottir (2009) har sykepleiere en tendens til å undervurdere pasientenes smerte. Sykepleierne kan relatere til pasientenes smerter eller har erfaring med tidligere pasienter med liknende smerter. Dette gjør også at de har en formening om hvor mye smerter det forventes at pasienten skal ha.

Sykepleier påvirkes av hvordan og hvem pasienten er, dermed mistenker de oftere at pasienten ikke er troverdig i forhold til uttalelser om sine smerter. De nøler med å sette i gang tiltak mot smerter grunnet at de er redde for å bli lurt og manipulert til å gi pasienten opioider for avhengigheten og ikke smertene (Blondal og Haldorsdottir 2009). Frykten for å bli manipulert truer sykepleiers selvtillit. I slike situasjoner føler ofte sykepleier at hun eller han ikke har klart å ta godt nok vare på pasienten (Dewar et al 2009). Li et al (2012) skriver at ved utgivelse av opioider er helsepersonell redde for å bli lurt. Handlinger, kunnskap og holdninger påvirker helsepersonells beslutninger, og disse er sterkt forbundet med hverandre. Utfordringen ved pasienter med et problematisk opioidbruk er at en stor del av smertebehandlingen stort sett er et subjektivt fenomen med få objektive innspill. Hos pasienter med kreft-relaterte smerter eller de som har akutte smerter, er det ofte ingen tvil når det kommer til smertevurdering. Tvilen oppstår ofte hos pleierne når det kommer til pasienter med langvarige smerter som ikke har noen fysiologisk årsak til sine smerter, og som stadig har en forespørsel etter spesifikke medikamenter (Vukmir 2004). Sykepleiere kan også se abstinenssymptomer hos pasienten. Dette er symptomer som kramper, rastløshet, brekninger, dilaterte pupiller og feberlignende-symptomer. Abstinenssymptomer kan ofte bli sett i sammenheng med avhengighet og misbruk. Dette kan hos noen pleiere forsterke deres mening om at pasienten misbruker medikamentet. Slike symptomer er kroppens reaksjon på brå seponering av et virkestoff som pasienten har stått på lenge. Dette trenger ikke være et tegn på at pasienten misbruker stoffet, men det viser til at pasienten er blitt fysisk avhengig (Højsted et al 2013). Pasienter som til stadighet spør etter spesifikke medikamenter blir ofte sett på som "problempasienter". Dette understrekes av en sykepleiers utsagn i artikkelen til Blondal og Haldorsdottir (2009, s. 2901), *"You try to care for everyone without prejudice, but we aren't unprejudice... maybe you want to give it up, maybe you think that if you don't give it to them, they'll simply stop"*. Studien viser da at smertebehandlingen blir i stor grad påvirket av personlige meninger. Det er viktig at sykepleierne kan sette til side sine egne meninger, og basere behandlingen på kunnskap og kompetanse i stedet.

4.3 Kunnskap og kompetanse hos sykepleierne.

“*Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap*” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011, s.7).

Når det kommer til smerte og opioidbehandling, har sykepleieren et ansvar i forhold til medisinerer for smertelindring. Det forventes at sykepleieren kan avgjøre om opioider skal gis, og når. Noen typer medikamenter bør gis regelmessig dersom smertene er vedvarende og forutsigbare. Andre gis ved behov, da det vil kreve en fortløpende vurdering av sykepleier. Dette må da anvendes ved å gis så snart smertene begynner og før smertene blir overveldende for pasienten. Avgjørelser for mest egnede medikamenter må bygge på farmakologisk kunnskap sammen med ferdigheter i vurdering. Pleieren må også ha kunnskaper om bivirkninger som kan forekomme. I noen tilfeller kan det oppstå livstruende bivirkninger, som respirasjonsdepresjon. Det må også gjøres en vurdering av effektiviteten til medikamentet. Dette må til for å sikre tilstrekkelig smertelindring (McCaffery og Beebe 1994). For å kunne gi smertelindring til pasienter med langvarig smerte må også sykepleieren ha god kunnskap til smertelindring. I følge Li et al (2012) er det vist at opioidavhengige bare får delvis eller ikke tilstrekkelig smertelindring. Utilstrekkelig smertelindring kan vise tilbake på mangelfull kunnskap om hvordan opioidavhengighet påvirker smertebehandlingen. I følge en undersøkelse gjort av Li et al (2012) var det 70% av sykepleierne som deltok på undersøkelsen som svarte riktig på at spørsmålet om at misbrukere trenger store doser opioider for å oppnå effekt. I samme undersøkelse vises det til at 20,8% av sykepleierne var enig i påstanden om at opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. Behandles pasienter med langvarige smerter likt som opioidavhengige? Hvorfor viser studier at disse pasientgruppene får underbehandling av sine smerter? Er det bare at sykepleiere ikke har troverdighet eller er det flere årsaker?

Wilson (2008) skriver i sin studie at sykepleiere med videreutdanning gir bedre smertelindring til pasienter hvor det er mistanke om avhengig, men at de er like bekymret for avhengighet som generell sykepleier. De har derimot mindre bekymringer for blant annet respirasjonsdepresjon enn generelle sykepleiere. Studien viser også til at spesialsykepleier ikke stigmatiserer pasientene sine, og er dermed bekymret for avhengighet uavhengig hvem

pasienten er i motsetning til generell sykepleier. Skyldes dette på grunn av kunnskap eller er det helt tilfeldig at det er forskjeller i denne studien?

Langvarige smerter vil kunne gi uheldige konsekvenser for pasienten. Opplevelsen av god livskvalitet kan reduseres betraktelig av at blant annet fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære ofte blir nedsatt. Et annet syn på langvarige smerter og dårlig smertelindring er at det er med på å øke kostnadene. Ubehandlet smerte fører ofte til økt liggetid på sykehuset, tilleggsbehandling og ny innleggelse etter kort tid (Blondal og Haldorsdottir 2009).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) skriver at sykepleiere skal delta aktivt for å sikre økonomiske arbeidsmiljøbetingelser, derfor er økonomi også en faktor sykepleierne må ta hensyn til. Som konsekvenser for langvarig smerte ser man ofte at søvnproblemer, endringer i fysisk aktivitet, depresjon og psykososiale forhold påvirkes. Ved store smerter vil pasienten kunne oppleve vansker med å sove eller oppleve avbrutt søvn. Underskudd på søvn vil videre være med på å forsterke smerteopplevelsen (Berntzen, Danielsen og Almås 2011). Mange blir også begrenset av sine smerter og forsøker å unngå fysisk aktivitet som kan føre til mer smerte. Som følge av nedsatt aktivitet følger også ofte nedsatt arbeidsevne. Pasienten kan oppleve sosial isolasjon, da andre kan bli lei av det de oppfatter som syting når pasienten snakker om sine smerter. For mange fører langvarige smerter også med seg ekteskapsproblemer og sosial isolasjon forsterkes av dette og at pasienten ikke lenger kan delta i arbeidslivet (ibid). Det er viktig at sykepleieren ser helheten i pasientens situasjon. Selv om slike langvarige smerter ofte ikke kan kureres, kan sykepleiere bidra til en endring av smerteopplevelsen. I følge McCaffery (1979) er pasienter med smerte spesielt sensitive når det kommer til måten de blir oppfattet av helsepersonell.

Kunnskap er en av helsepersonells viktigste ressurser. Å bruke kunnskap i handlinger har stor betydning for behandling og ivaretagelse av pasienten. Om handlingen er relevant og imøtekommer pasientens behov, avhenger av at helsepersonell har en bevisst oppfatning om sine holdninger og de faktorer som inngår i holdningsbegrepet. Li et al (2012) sier at holdninger er relativt stabile og organiserte oppfatninger, følelser og handlingsintensjoner overfor objekter og saker av sosial art og betydning. Kunnskap spiller særdeles viktig rolle i dannelsen og endring av holdninger (ibid).

4.4 Sykepleiernes holdninger.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1 sier at

“Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.”

Uansett hvilken bakgrunnshistorie, diagnose, holdning eller oppførsel pasienten har, har de rett på likeverdig behandling. Sykepleierne som personer vil ha egne tanker og meninger om forskjellige pasientsituasjoner, men dette burde ikke vise seg i utøvelsen deres av sykepleie til pasienten. Hos pasienter med smerte, er det kun pasienten selv som er den eneste autoriteten på om han har smerte og hvilke type smerte han opplever. *«Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte»* (McCaffery og Beebe 1994, s. 18). Dersom personalet tviler på pasientens uttalelser om smerte, vil dette ikke være en faglig forsvarlig holdning til pasienten. *“Det er en uetisk og uprofesjonell reaksjon på pasientens uttrykte behov”* (McCaffery og Beebe 1994, s.19). Dette er en situasjon som kan utvikle seg til en ond sirkel i behandlingen. Pasienten blir mer frustrert over å ikke få tilstrekkelig med smertelindring, og dette kan sykepleieren tolke som at smertene og ønske om smertelindrende medikamenter er en psykisk faktor. Dette skaper et uheldig tillitsforhold mellom pasient og pleier (Dewar et al 2009. Li et al 2012). Noen pasienter velger da å lide i stillhet. At pasienten har en følelsesmessig reaksjon på sine smerter, vil ikke si at smertene er et følelsesmessig problem. Dette er en av feiloppfatningene pleierne ofte har. At smertene er et psykologisk problem, spesielt hos pasienter med en uklar fysisk årsak til sine smerter. Det er også en forventning når det kommer til hvor mye smerte pasienten skal tåle, eller hvor mye de er villige til å tåle. Men smertetoleransen er ulik fra person til person, og de kan ikke sammenlignes. På denne måten lar ikke sykepleierne pasienten nekte å være i smerte (McCaffery og Beebe 1994). Skal det være akseptabelt for sykepleierne at pasienten opplever smerte fordi pleieren tviler på pasientens uttalelser?

“Everything written or said about pain is almost worthless in the hands of a practitioner who doubts that a patient has pain” (McCaffery 1979, s. 14).

Forskning viser at det er stor forskjell på hvilke holdninger sykepleiere har til smertebehandling og hvordan de faktisk utfører smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås 2011. Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Når det kommer til langvarig behandling med opioider og pasienten utvikler fysisk avhengighet, gir dette ofte en mistanke om toleranse som kan føre til misbruk. Denne mistanken kommer ofte av at pasienten opplever abstinenssymptomer som kommer av langvarig behandling, høye doser med opioider og brå seponering. Når sykepleieren først har fått mistanke om misbruk, vil dette i de fleste tilfeller føre til at pleieren unngår å gi opioider som en del av behandlingen og velger å bruke svakere analgetika. Pasienten vil da ofte oppleve mer smerter og vil kunne merke mistilliten til sykepleieren. Dette fører ofte til at pasienten ikke lenger ønsker å uttrykke sine smerter i like stor grad, noe som videre vil utsette pasienten for unødvendig lidelse (Berntzen, Danielsen og Almås 2011). I følge Li et al (2007) har sykepleiere ofte stereotype holdninger mot opioidavhengige pasienter. Dette fører i mange tilfeller til utilstrekkelig smertelindring. Videre viser studier at pasienter som er avhengig av behandling med opioider at de blir stigmatisert og at smertene blir undervurdert. Dette påvirker sykepleiernes handlingsvalg og beslutningsprosesser (ibid). Opioidavhengige pasienter har ofte dårlig erfaring med behandling og holdninger på sykehus. De har ofte en forventning om mistillit og stigma. *“Klinisk erfaring viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk dersom helsepersonell viser dem respekt og oppnår tillit”* (Li et al 2007, s. 254). Det viser seg da at en profesjonell tilnærming må til for å skape et godt pasient-sykepleier-forhold.

4.5 Etikk og holdninger.

Tidligere i vår studie viser vi til at pasienter som mistenkes for avhengighet eller har et problematisk opioidbruk blir stigmatisert og smertene deres blir underdiagnostisert. Underbehandling av smerter hos denne pasientgruppen forstås ut fra kunnskapsmangel og dårlige rutiner, men må forstå like mye av helsepersonells stereotype holdninger og deres påvirkning på handlingsvalg. Er dette etisk riktig? Strider ikke stigmatisering mot yrkesetiske retningslinjer for sykepleie? Det foreligger enda holdninger om at rusmisbruk er selvforskyldt, selv om perspektivet i 1997 ble endret til et biologisk perspektiv. Det vil si at det er fokus på hjerneorganiske forandringer som følge av rusmisbruk og hvordan dette fører til fysisk tilvenning, og videre til fysisk avhengighet (Garland et al 2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) skriver at sykepleiers grunnlag skal være respekten for

det enkelte menneskets liv og iboende verdi. Sykepleier skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, i tillegg være kunnskapsbasert. Sykepleier skal ha et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelse av sykepleie. I tillegg skal de sette seg inn i lovverket som regulerer yrket (ibid). De yrkesetiske retningslinjene skal være sykepleiers viktigste verktøy i møte med etiske dilemma. Brinchmann (2010) referer til International Council of Nurses (2007), formulering til sykepleiers ansvar i fire punkter; å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Trenger ikke alle pasienter å få lindret smerte uavhengig av om pasienten har et problematisk opioid bruk eller ikke? Strider ikke stigmatisering av pasienter mot yrkesetiske retningslinjer? Faglige dilemmaer handler om hva som faglig sett gir best eller riktigst resultat i møte med et faglig problem. Faglige verdier kan eksempelvis være nysgjerrighet, kritiske og analytiske evner, åpenhet og sannhetssøken. Er det ikke da et faglig dilemma når sykepleier ønsker å gi tilstrekkelig smertelindring, men frykter for konsekvensene ved å gi opioider?

4.6 Kan kunnskap om risikofaktorer bidra til bedre lindring av langvarige smerter?

Det er vanskelig kommunisere om langvarige smerter fordi omverdenen forventer en type “automatisk” oppførsel når noen har vondt. Et eksempel er at gråt og grimaser viser tydelig at man har vondt, men det er også forventet at en slik oppførsel vil stoppe før eller siden. Dette gjør det vanskelig for pasienter med langvarig smerte for det forventes at smerten går over. Pasienter med langvarig smerte som velger å bære sin smerter med verdigheter, altså ikke klager over sin smerter, føler ofte på det som en utfordring. På en eller annen måte må man uttrykke smerte i perioder hvis man vil bli trodd. Hvis ikke vil mennesker en omgir seg glemme at vedkommende har smerter hele tiden. Dette er en vanskelig balansegang som utfordrer både pasient og pleier. En måte å uttrykke sine smerter på for å få hjelp kan da være “konstant klaging” (Hillestad 2007).

Vukmir (2004) skriver i sin studie at det er to problematiske pasientgrupper: de med langvarig smerter som trenger spesiell oppfølging, men som ikke får tilstrekkelig lindring fra analgetika. Og pasienter som søker og misbruker analgetika som ikke burde få analgetika. Den sistnevnte pasientgruppen er svært vanskelig å oppdage, for de kan ha en underliggende diagnose som er

en grunn til noe av smerten. Det er lister med risikofaktorer som sykepleiere og leger til en viss grad kan følge for å oppdage avhengighet. Kriteriene som Vukmir (2004) viser til er:

1. Flere besøk med samme klage.
2. Pasienten klarer ikke å fokusere på noe annet en medisiner.
3. "Mistet resepten".
4. Doktoren er utilgjengelig.
5. Allergisk mot alternativer til analgetika.
6. Har ønsker om spesielle medikamenter.
7. Ønsker benzodiazepiner i tillegg.
8. Klager over smertetilstander som er vanskelig å vurdere, for eksempel magesmerter
9. Uutholdelig smerte
10. Kreative forespørsler.
11. Forandringer i atferd eller skaper nye alias.

Dersom pasienten innfrir flere av disse kriteriene er sannsynligheten for misbruk der, men det er fortsatt ikke noe sykepleier eller lege vet helt sikkert.

Grover et al (2011) sier at pasienter med langvarige smerter er svært opptatt av sine smerter. Denne gruppen pasienter får ofte medikamenter for å bedre livskvaliteten til tross for smerter, men noen ganger kan fokuset på smerten gå over til fokuset på medikamenter. På denne måten utvikles avhengighet. McCaffery og Beebe (1996) skriver at det er en feiloppfatning av faren for avhengighet ved bruk av narkotiske stoffer. Det er lite sannsynlig at avhengighet utvikles som et resultat av smertebehandling. Begrensninger i forhold til smertebehandling er blant annet at helsepersonell trenger opplæring, men ikke alltid får det. Restriktiv bruk skyldes både feiloppfatninger og overdreven frykt for narkotiske stoffer. Frykt for avhengighet er faktisk den viktigste årsaken for undermedisinering. De skriver også at pasienter med langvarige smerter kan bli bedre behandlet på andre måter, for eksempel med fysioterapi. Bivirkninger for medikamentell behandling for denne pasientgruppen er økt døsigheit, depresjon og forstoppelse. Avhengighet er ikke nevnt. Sannsynligheten for å utvikle avhengighet er kanskje liten, men det er en liten pasientgruppe som gjør det (ibid). Helsedirektoratet (2014) skriver at det er 9,7% av Norges befolkning som fikk utlevert opioider på apotek i 2007. Er det usannsynlig at noen av disse var eller ble avhengig da de fikk opioider på apoteket i 2007?

I det daglige kliniske arbeidet er det vanlig at pasientens utsagn om smerter blir ignorert grunnet at pasienten blir mistrodd. Pasienten føler at ingen tror på han og trekker den slutningen at ingen vil hjelpe, men han har fremdeles vondt og ønsker smertelindring. Det kan utvikle seg til at pasienten reagerer med sinne og blir kanskje trist eller deprimert, eller han blir irritabel og krevende. Dette kan skje nettopp fordi det ikke virket å si sannheten. Dermed kan det utvikle seg til at pasienten forteller løgner eller overdriver for å få hjelp.

Helsepersonell ser endringen i oppførsel og blir frustrerte, samt at de begynner å frykte for å bli manipulert. Slik beskriver McCaffery og Beebe (1996) hvordan en pasientsituasjon kan utvikle seg når pasienten ikke føler seg trodd.

4.7 Kartleggingsverktøy.

Den viktigste og vanskeligste siden ved å hjelpe en pasient med smerter, er å akseptere at bare pasienten kan føle smerte. Forskere har utviklet vurderingsverktøy som kan hjelpe pasienten å formidle smertefølelsen for at helsepersonell lettere kan forstå pasientens smerte (McCaffery og Beebe 1996. Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Sykepleier er generelt for dårlig til å forstå og bruke kartleggingsverktøy. Årsaker til dette er blant annet at det tar for lang tid og at sykepleier mener at det individuelle perspektivet i omsorgen blir borte (Berntzen, Danielsen og Almås 2011). For å danne grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk, individuell tilpasset smertebehandling er grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter viktig. Ved bruk av smertekartleggingsverktøy kan pasienten gi en pålitelig vurdering av smerte. En anbefaler å bruke standardiserte kartleggingsverktøy fordi vellykket smertebehandling krever systematisk, tverrfaglig tilnærming både i diagnostikk og behandling. Kartlegging som smertenes lokalisasjon, intensitet, kvalitet, varighet, tidligere erfaringer med medikamenter som har virket smertelindrende eller ikke smertelindrende. For å utrede lokalisasjon, kan kroppskart være til hjelp. Da kan pasienten merke smerteområdet på kroppskartet forfra, bakfra og fra siden, alt ettersom hvor smerten befinner seg. Ved kartlegging av intensitet, kan det brukes ulike smerteskala. Da kan pasienten rangere sin smerte på en numerisk skala. Kvalitet vil si en beskrivelse av hvordan smerten oppleves (McCaffery og Beebe 1994). Det blir lettere å måle effekten av smertebehandlingen da det kan sammenliknes fra gang til gang. I tillegg er det et felles begrepsapparat, dermed får individuelle holdninger og oppfatninger mindre betydning. Skal kartleggingsverktøy ha noe

nytteverdi må sykepleier bruke smerteskjemaer og skalaer aktivt i registrering av smerte (ibid). Selv ved bruk av kartleggingsverktøy i forhold til smerte kan det være nødvendig å kartlegge i forhold til problematisk opioidbruk i tillegg. Grover et al (2011) skriver at kartleggingsverktøy kan være til hjelp hos pasienter med langvarig smerte, som igjen har hatt opioidbruk over lengre tid for å utelukke eller oppdage problematisk opioidbruk. I studien skriver de at mange smerteklinikker har utviklet verktøy for å kartlegge opioidbruk, for å gi optimal behandling med fokus på tverrfaglig arbeid. De bruker dette i tillegg til verktøy som kartlegger smerte. Bruk av kartleggingsverktøy knyttet til smerte og avhengighet vurderes å være av essensiell betydning for at opioidavhengige skal få tilstrekkelig smertelindring når de er innlagt på sykehus (Li et al 2012). Norsk smerteforening (2005) viser til et godt skjema som kartlegger opioidbruk samt smerte (se vedlegg 1).

4.8 Tverrfaglig samarbeid.

Sykepleier utfører og følger opp legens forordninger, dermed har de en nøkkelrolle grunnet sin nærhet til pasienten. Klinisk erfaring viser at pasienter med kjent opioidavhengighet samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk dersom helsepersonell viser de respekt og oppnår tillitt (Li et al 2012). Hva med pasienter som ikke har hatt et problematisk opioidbruk fra før, men har langvarig smerter kombinert med et langvarig opioidbruk? Hva gjør sykepleier når de mistenker avhengighet hos pasienter med langvarig smerter? Norsk legemiddelhåndbok (2013, under overskriften “behandling av langvarige smerter hos pasienter med antatt normal levetid”) skriver at pasienter med langvarige smerter ikke bør behandles med opioider over tid, og heller søke alternativ behandling. De aller fleste med langvarige smerter har idiopatiske smerter, sammensatte smertetilstander. Et fåtall av disse bruker analgetika fast, og de får som regel ikke-medikamentell støtte og behandling. Edlund et al (2007) skriver at pasienter med langvarig bruk av ikke-opioid medikamenter er en risikogruppe for å utvikle avhengighet. Det er en liten gruppe, men det forekommer. Hos denne gruppen pasienter har sykepleier en viktig rolle knyttet til informasjon om smerteklinikker og fysioterapi grunnet sin nærhet til pasienten. Dette kan forebygge et problematisk opioidbruk og gi pasienten bedre livskvalitet ved å bygge et god grunnlag for å leve med smertene. I noen tilfeller må en kontakte rusteam i samarbeid med pasienten ved et tydelig problematisk opioidbruk.

5.0 Konklusjon.

Å ha kunnskap om smerte og smerteatferd, medikamenter, smertelindring og risikofaktorer ser vi på som særdeles viktig for å oppdage og forebygge avhengighet. Selv om risikofaktorer ved avhengighet er til stede hos en pasient, garanterer det likevel ikke at pasienten utvikler avhengighet. Hos en pasient med langvarig smerte kan man gjenkjenne ulike risikofaktorer og symptomer på avhengighet, men ofte kan det være at pasienten har et så sterkt ønske om å få sine smerter lindret at de blir desperate. Dette blir ofte sett på som russøkende atferd. Det er derfor viktig å kunne skille mellom de ulike begrepene som toleranse, fysisk avhengighet, iatrogen påført feilbruk og problematisk opioidbruk for å kunne forstå pasientens situasjon. Litteratur viser at de som har en problematisk opioidbruk ofte er åpne om dette dersom sykepleieren er åpen for å ha en samtale om dette med pasienten. Dersom pasienten har utviklet, eller er i fare for, et problematisk opioidbruk, må det et tverrfaglig samarbeid til. Dette for å gi best mulig behandling med fokus på ikke-medikamentelle tiltak. Aktiv og kontinuerlig bruk av kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleier til å få en god og grundig vurdering av smerte og opioidbruk. Dessverre viser studier til at dette blir lite brukt grunnet blant annet tidsforbruk. For å få i gang god kartlegging må ledelsen på avdelingen vedta at dette skal være rutine ved innkomst. I litteraturen vi har funnet kommer det klart frem at sykepleiere gjerne vil gi tilstrekkelig smertelindring til sine pasienter, selv ved fare for avhengighet. Kunnskap, handlinger og holdninger dominerer hvor god smertelindring pasienten får. Samtidig viser studier at det sykepleierne vet og hva de gjør er to forskjellige ting. Kunnskap er en av de viktigste ressursene helsepersonell har og bidrar til å danne og endre holdninger. I tillegg gir kompetanse sykepleierne selvtillit i sitt arbeid med tilstrekkelig smertelindring. En profesjonell tilnærming, avhengighet eller ikke, er å tro på pasienten og ikke betvile hans rapportering av smerte. Siden smerte er en subjektiv opplevelse, kan ikke sykepleieren avgjøre om pasienten er i smerte eller ikke. Under studien ble vi overrasket over hvor vanlig stigmatisering av pasienten er og at det påvirker sykepleieutøvelsen i så stor grad. Vårt pasientcase viser til utfordringene vi har tatt for oss i denne oppgaven. Med vår konklusjon viser hva som skal til for at nettopp pasienter som "Hans" skal få tilstrekkelig smertelindring. Vår studie konkluderer med at smerten eksisterer når pasienten sier den er der og sykepleieren må behandle smertene basert på pasientens utsagn, uavhengig av hvem pasienten er. Det er av stor betydning at sykepleier jobber kunnskapsbasert, anvender

sykepleieprosessen, opprettholder de yrkesetiske retningslinjene og opptrer profesjonelt i sin utøvelse av sykepleie uansett pasientgruppe

5.1 Metodiske overveielser.

Studien vår viser til artikler som viser til kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvantitativ forskning gir oss tall og statistikk over risikofaktorer, antall pasienter med kronisk smerte, opioidbruk og problematisk opioidbruk. Kvalitativ forskning gir en god beskrivelse av pasienten og sykepleiernes utfordringer rundt dette tema. Dette mener vi er en styrke ved studien da vi tar for oss ulike aspekter, slik at det gir et mer helhetlig syn. En svakhet ved denne studien er at det er blitt anvendt mye eldre litteratur. Dette gjør at deler av oppgaven ikke er oppdatert i forhold til nyere forskning. Denne litteraturen brukte vi på tross av utgivelsesår, da det var av betydning for vår oppgave. Noe av denne litteraturen som vi valgte å bruke viser også til resultater som ikke er blitt endret siden det ble skrevet. På en annen side har vi funnet artikler som er svært dagsrelevante, som viser til forskning gjort i blant annet 2013. En ulempe med vår studien er at tidligere studier gir ingen konkrete svar da dette er et tema som i stor grad omhandler indre konflikter og holdninger. Det er mye opp til hver enkelt person hvordan slike situasjoner håndteres. Valg av tema føler vi er klinisk relevant og at dette er noe helsepersonell bør ha bedre kunnskap om. Vi valgte å bruke helsedirektoratet sin veileder om bruk av opioider, til tross for at den enda ikke var godkjent og fortsatt var under utarbeiding. Dette valgte vi å gjøre etter samtale med veileder for oppgaven, samt var det var den beste og mest oppdaterte kilden vi fant. En annen svakhet ved oppgaven er at vi ikke har valgt å spesifisere medisinsk diagnose. Dette gjør at vi ikke like lett kan gå inn i dybden og studien blir da mer generell.

6.0 Litteraturhenvisning

- Berntzen H., A. Danielsen og H. Almås (2011) Sykepleie ved smerter I: Almås H. Stubberud D.G. og Grønseth R. (red) *Klinisk sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S.
- Blondal K. og Halldorsdottir (2009) The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. I: *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 2897-2906
- Dalland O. (red.) (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 5 utgave
- Dihle, A., B. Bjølseth og S. Helseth (2006) The gap between saying and doing. I: *Journal of Clinical Nursing* 15, s. 469-479.
- Edlund, M. J., D. Steffick, T. Hudson, K. M. Harris og M. Sullivan (2007) Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain I: *Pain* 129, s. 355-362.
- Fredheim, O., P. Borchgrevink og H. Breivik (2008) Nye begreper knyttet til opioidbehandling. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* (22) [online] URL: <http://tidsskriftet.no/article/1771000> (28.04.14)
- Gardland, E. L., B. Froeliger, F. Zeidan, K. Partin og M. O. Howard (2013) The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: Cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways I: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37. s.2597-2607.
- Grover A.C, Close R.J.H, Wiele D.E, Villarreal K og Goldman M.L (2011) Quantifying drug-seeking behavior: a case control study. I: *The Journal of Emergency Medicine* 42(1), s.15- 20
- Helsedirektoratet (2014) Grunnleggende emner I: *Bruk av opioider- ved langvarig ikke-kreftrelaterte smerter* [online] URL:

<http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/bruk-av-opioider/utkast-veileder.pdf>

(09.04.14)

- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online] Lovdata. URL:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (23.04.14)

- Hillestad, H.A. (2007) Den udefinerbare smerten. I: Aambø A. (red). *Smertes, smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen Forlag. S. 26-27

- Høgskolen i Gjøvik (2013) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online] URL:

<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (09.03.14)

- Højsted, J., O. Ekholm, G. P. Kurita, K. Juel og P. Sjøgren (2013) Addictive behaviors related to opioid use for chronic pain: A population-based study I: *Pain* 154, s. 2677-2683.

- Li, R., R. Andenæs, E. Undall og D. Nåden (2012) *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. [online]. Norsk sykepleieforbund. URL:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1011915/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus> (09.04.14)

- McCaffery, M. (1979) *Nursing the patient in pain*. London: Harper & Row publishers Ltd.

- McCaffery, M. og A. Beebe (1996) *Smertes - lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

- Norsk legemiddelhåndbok (2013) *Behandling av langvarige smerter hos pasienter med antatt normal levetid*. [online] URL: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/363099?expand=1>

(25.04.14)

- Norsk legemiddelhåndbok (2013) *Om langvarige smerter* [online] URL:

<http://legemiddelhandboka.no/Terapi/363099?expand=1> (24.04.24)

- Norsk legemiddelhåndbok (2013) *Ulike smertetilstander*. [online] URL: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/22813?expand=1> (11.04.14)

- Norsk smerteforening (2005) *Minimumsspørreskjema (NOFS-MISS)*. [online] URL: <http://resource.nhi.no/resource/4495-21-smertekartlegging.pdf> (02.05.14)

- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer* [online] URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (24.04.13)

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (17.04.14)

- Shaygani, S. og H. Waahl (2009) Behandling av opioidabstinens. I: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* (2) [online] URL: <http://tidsskriftet.no/article/1794552/> (05.05.14)

- Snelvedt T. (2010) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I: Brinchmann S.B (red) *Etikk i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 99-108

- Stubhaug, A. og T.M. Ljoså (2008) Hva er smerte? I: Rustøen, T. og A.K. Wahl (red.) *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 22-50.

- Store norske leksikon (2005-2007) *Analgetika* [online] URL: <http://snl.no/analgetika> (05.05.14)

- Store norske leksikon (2005-2007) *Retrospektiv* [online] URL: <http://snl.no/retrospektiv> (08.04.14)

- Torvik K, L.K.L. Hårstad, Å.B. Berdal, A.Frønes, E.O. Strøm, M.H.G. Karlsaunet, K. Torjuul (2014) Kartlegger smerte I: *Sykepleien*, 102 (3). s.62-65.

- U.S National Library of Medicine (2013) *Medical subject headings* [online] URL: <https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html> (08.04.14)

- Vukmir, R. B. (2004) Drug seeking behavior. I: *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3). s. 551-575.

- Westin A.A, E.J.H Strøm og L. Slørdal (2011) Opiat eller opioid? I: *Tidsskrift for den Norske legeforening* (13-14) [online] URL: <http://tidsskriftet.no/article/2117744> (28/04-13)

- Wilson B. (2008) Can patient lifestyle influence the mangement of pain? I: *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 299-408.

Vedlegg 1:



Smerteenhetnr:

Pasientnr:



Vær vennlig å lese spørsmålene nøye før du svarer, og marker det svaret som passer best.

Kjønn: Mann Kvinne

Fødselsår:

Sivilstand; (sett bare et kryss)

Ugift Gift Samboer Partnerskap Enke/enkemann Skilt Separert

Har du barn? Ja Nei Hvis ja, hvor mange? 1 2 3 4 Flere

Barnas alder:

Hvem bor barna sammen med?

Mor Far Foreldre/steforeldre Utflyttet Annet: _____

Utdanning:

- Grunnskole
- Videregående skole
- Fagbrev/fagutdanning
- Høyskole/universitet inntil 4 år
- Høyskole/universitet over 4 år
- Påbegynt/ikke fullført utdanning
- Annet: _____

Yrke og arbeidsliv:

Ansettelsesforhold (kryss av): Uten beskjeftigelse

- Heltidsjobb
- Deltidsjobb
- Under utdanning
- Deltidsjobb og under utdanning
- Ukjent
- Alderspensjon
- Trygdet/attføring (spesifiser på neste side)



Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Trygdestatus:

Hvis du mottar trygd, attføring eller lignende -kryss av:

- Sykemeldt
- Aktiv sykemelding
- Medisinsk rehabilitering
- Yrkesrettet attføring
- Sosialstønad
- Uførepensjon
- Annet? Spesifiser: _____

Hvordan vurderer du din økonomi?

- God Middels Dårlig

Har du en pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet?

- Ja Nei

Har du søkt om eller planlegger du å søke om uførepensjon?

- Ja Nei

Når startet smertetilstanden?

- 0 - 3 måneder siden
- 4 - 6 måneder siden
- 7 - 12 måneder siden
- 1 - 2 år siden
- 2 - 4 år siden
- 4 - 6 år siden
- 6 - 10 år siden
- Mer enn 10 år siden

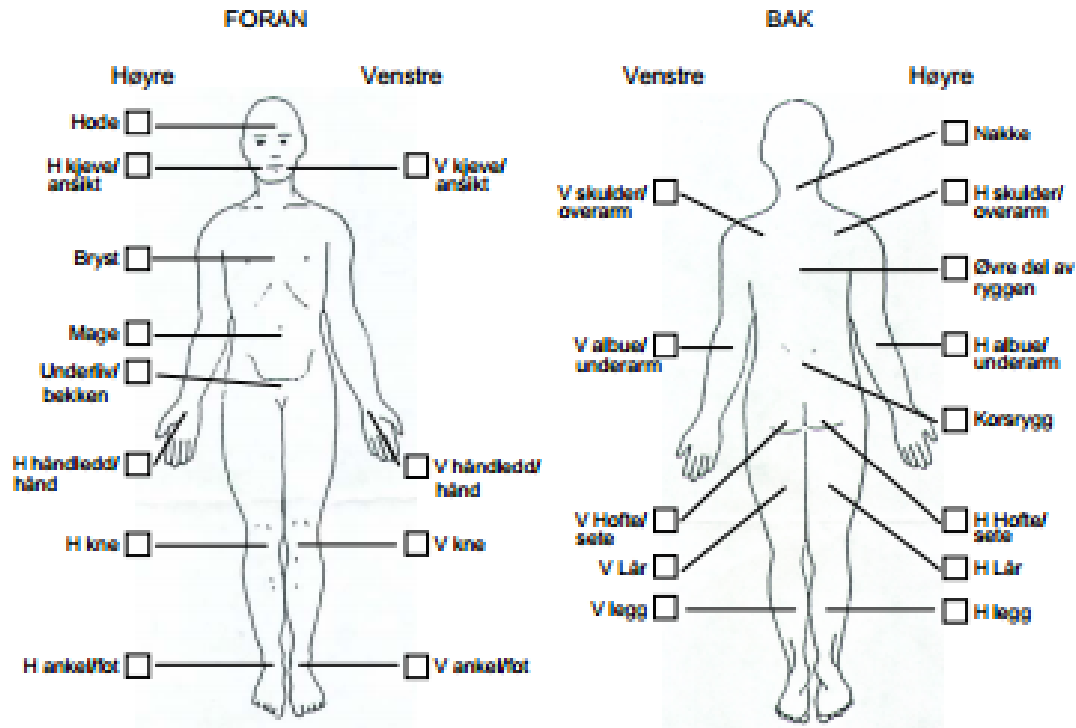
Hvor lenge har smertetilstanden vært på samme nivå som nå?

- 0 - 3 måneder
- 4 - 6 måneder
- 7 - 12 måneder
- 1 - 5 år
- 6 år eller mer

Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene? Vennligst sett et eller flere kryss.



Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					

Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					

Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen smerter					Verst tenkelige smerter					

Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Når jeg har smerte....

...er det forferdelig og jeg føler at det aldri kommer til å bli bedre.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

...føles det som om jeg ikke holder ut.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

I løpet av den siste uka:

Ikke i det hele tatt Litt En del Svært mye

Har du hatt søvnproblemer?

Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer?

Hvordan vil du stort sett vurdere din helsetilstand i løpet av den siste uka?

Utmerket Meget god God Nokså god Dårlig Svært dårlig

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset fysiske helseproblemer dine vanlige fysiske aktiviteter (spasere, gå opp trapper)?

Ikke i det hele tatt Svært lite En del Mye Kunne ikke utføre fysisk aktivitet

Smerteenhetsnr:

Pasientnr:

I løpet av den siste uka, hvor vanskelig var det for deg å utføre ditt vanlige arbeid (både i og utenfor hjemmet) på grunn av din fysiske helse?

Ikke i det hele tatt	Litt	Nokså	Meget	Kunne ikke utføre fysisk aktivitet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, hvor mye overskudd hadde du?

Svært mye	Ganske mye	En del	Litt	Ikke noe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset din fysiske helse eller følelsesmessige problemer din vanlige sosiale omgang med familie eller venner?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad har du vært plaget av følelsesmessige problemer som f. eks. å være engstelig, deprimeret eller irritabel?

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad hindret personlige eller følelsesmessige problemer deg fra å utføre ditt vanlige arbeid, skolegang eller andre gjøremål?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke utføre daglige gjøremål
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av den siste uka?

Ingen	Meget svake	Svake	Moderate	Sterke	Meget sterke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerteenheter:

Pasientnr:

De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vaske eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte i løpet av den siste uka har du...

	Høle tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emnenavn: Bacheloroppgave
Navn: Caroline V. Langveg
Karoline S. Rønning

Emnekode: SPL 3903
Kull: 11HBSPLH

(Norsk smerteforening 2005)