

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til rusmisbrukere innlagt på sykehus.

av
kandidatnummer: 90
Trude Buvoll Moen

Pain management in hospitalized substance abusers.

Bachelor i sykepleie
SK 152
Mai, 2015
Antall ord: 7259

Veileder: Kurt A. Krokmyrdal



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 90, Navn: Trude Buvoll Moen

JA NEI

Sammendrag

Tittel

Smertelindring til rusmisbrukere innlagt på sykehus.

Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til rusmisbrukere innlagt med akutte smerter på en somatisk avdeling ved et sykehus. Etter å ha vært i praksis på medisinsk og kirurgisk avdeling, har jeg fått oppleve vanskeligheter rundt smertelindring til rusmisbrukere. Jeg har også vært i praksis på en ruspost ved et psykiatrisenter hvor jeg har fått et innblikk i hvordan det kan være å leve med ruslidelser. Dette har gjort at jeg har fått en interesse for dette temaet.

Problemstilling

Hvordan lindre smerter hos rusmisbrukere innlagt på sykehus?

Fremgangsmåte

Dette er et litteraturstudie, hvor jeg har brukt faglitteratur, pensumlitteratur, fagartikler, retningslinjer og forskning for å besvare min problemstilling. Jeg fant fram til forskning ved å søke i ulike databaser. Jeg har benyttet meg av sju vitenskapelige forskningsartikler, hvorav tre brukte en kvantitativ metode, to brukte en kvalitativ metode og to var oversiktsartikler. Jeg har også brukt Joyce Travelbees' kommunikasjonsteori i oppgaven.

Oppsummering

Forskning og litteratur viser at smertelindring til rusmisbrukere er problematisk i forhold til negative holdninger og misforståelser blant helsepersonell. Lite kunnskap viser seg også å være et hinder i smertelindringen. Blant annet mangelen på kunnskap om toleransedannelse, økte smertefølelse og "pseudo-addiction". Misforståelsen om at opioider ikke bør brukes til pasienter med opioidavhengighet er også vanlig å ha. Bedre kunnskap blant helsepersonell er derfor avgjørende, og kan i tillegg være med på å endre holdninger. Kommunikasjonen er også viktig i forhold til å skape et godt mellommenneskelig forhold som legger til grunn for tillit til å snakke åpent om rusmisbruk, og ærlighet i forhold til smerter.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
1.2	Avgrensning.....	1
1.3	Hvordan oppgaven er blitt løst.....	2
2	Metode.....	3
2.1	Søkeord og databaser	3
2.2	Presentasjon av litteraturen	4
2.3	Kildekritikk og vurdering av metode	4
2.3.1	Vurdering av forskning og faglitteratur	4
2.3.2	Vurdering av metode	5
3	Teori.....	6
3.1	Hva er smerter	6
3.2	Hva er rusmisbruk.....	7
3.3	Hva skjer i hjernen?	8
3.3.1	Toleranseutvikling.....	8
3.4	Rusmisbrukernes smerteopplevelse.....	8
3.5	Hvilke avdelinger på sykehus/ hva slags sykdommer og skader gjør at rusmisbrukere blir lagt inn på sykehus	9
3.6	Holdninger.....	9
3.7	Joyce Travebees´ kommunikasjonsteori.....	9
3.8	Forskning.....	10
4	Drøfting	13
4.1	Holdninger.....	13
4.2	Kunnskap.....	15
4.2.1	Kartlegging av rusmisbruk	17
4.3	Kommunikasjon.....	17
5	Konklusjon.....	19
6	Bibliografi	20

1 Innledning

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til rusmisbrukere som er innlagt på somatisk avdeling ved et sykehus. Dette har jeg valgt fordi det er et tema jeg syntes er svært interessant og ikke minst veldig viktig. Rusmisbrukere blir ofte underbehandlet når de blir innlagt med smerter på somatiske avdelinger (Den norske legeforening, 2009). Smertebehandlingen til rusmisbrukere ses på som spesielt krevende. En grunn til dette er at opioidavhengighet i seg selv medfører forsterket smerteopplevelse, og økt toleranse for opioider. Andre grunner kan blant annet være for lite kunnskap, og negative holdninger blant helsepersonell (Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012).

Ifølge World Drug Report (2014) er det mellom 28,6 og 38 millioner mennesker i verden som bruker opioider. Disse tallene inkluderer både de som får opioider i form av smertestillende på resept, og de som bruker heroin. Dette er en økning fra tidligere år (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Bruken av opiater (heroin og opium) holder seg stabil på 12,8 til 20,2 millioner brukere globalt (UNODC, 2014). Disse tallene viser at bruk og avhengighet av opioider fortsatt er et stort problem i verden. Denne pasientgruppen er det derfor ikke sjeldent at man møter på en vanlig somatisk avdeling ved et sykehus. Dette gjør at det blir viktig for pleiepersonellet å være forberedt på å ta disse imot.

Jeg har fått interesse for dette temaet gjennom erfaringer jeg har fått fra praksis på ortopedisk og medisinsk avdeling ved et sykehus. Der har jeg observert situasjoner hvor det har vært usikkerhet rundt smertebehandling av rusmisbrukere. Jeg har også vært 8 uker på en ruspost ved et psykiatrisenter hvor jeg har fått lære om rusmisbruk, og jeg har fått et innblikk i hvordan det kan være å leve med et ruslidelse.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er: Hvordan lindre smerter hos rusmisbrukere innlagt på sykehus?

1.2 Avgrensning

Problemstillingen min er i utgangspunktet bred, så jeg har valgt å avgrense den. Jeg har valgt å skrive om sykepleierrollen i smertelindringen, som inkluderer temaer som administrering av medikament, kunnskap, kommunikasjon og holdninger. Jeg har også valgt å ha et hovedfokus på rusmisbrukere i form av opioidavhengige, både de som er blitt avhengige av reseptbelagte opioider, og de som skaffer opioider og heroin ulovlig. Jeg vil også avgrense smerten til å være akutt smerte ved sykdom eller skade.

1.3 Hvordan oppgaven er blitt løst

Jeg har nå presentert min problemstilling og hvordan jeg har valgt å avgrense den. I kapittel to skal jeg forklare metoden jeg har brukt for å tilnærme meg min problemstilling. Jeg skal også presentere litteraturen og kritisk vurdere den. I kapittel tre tar jeg for meg bakgrunslitteraturen og presenterer forskningen som er relevant for problemstillingen. Oppgaven min inkluderer også sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees' kommunikasjonsteori. I kapittel fire drøfter jeg teori og forskning opp mot hverandre, hvor jeg til slutt kommer fram til en konklusjon i kapittel fem.

2 Metode

Vilhelm Aubert (1985) definerer metode som en fremgangsmåte eller et middel som kan brukes for å komme fram til ny kunnskap. Han mener at et hvert middel som leder til ny kunnskap, kan anses som en metode (Dalland, 2000, s. 71). Metode brukes også til å etterprøve kunnskap. Valget av metode gjør en på det grunnlaget at en mener den vil gi oss de beste data for å finne svar på spørsmålet som er stilt (Dalland, 2000, s. 71). Metoden jeg skal bruke i denne oppgaven er litteraturstudie. Et litteraturstudie er en studie hvor en søker etter, leser og sammenligner ulik forskning, faglitteratur og annen type litteratur innen et valgt tema og problemstilling (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30-31).

2.1 Søkeord og databaser

Litteratursøk kan være en tidkrevende prosess, og det er viktig å finne de riktige søkeordene, kombinere de riktig, og bruke de i de riktige databasene for å få treff på relevant litteratur. For å finne forskning og artikler som kan hjelpe meg å besvare min problemstilling har jeg brukt ulike databaser som jeg har funnet fram til ved hjelp av høyskolens bibliotek.

For å finne gode søkeord på engelsk gikk jeg først inn på Svemed +. Der søkte jeg på ordene "rusmisbruker", "smertelindring" og "sykehus". De Mesh-termene jeg fikk opp da var "drug users", "pain management" og "hospitals". Jeg har også prøvd meg fram med de engelske søkeordene "illicit drug users" og "addict". De databasene jeg har benyttet meg av i søket etter forskning er Academic Search Premier (med Medline og Cinahl), Mc Master Plus, og Pubmed.

Resultatet av dette ble at jeg fant fire artikler som jeg ville lese. Den ene fant jeg på Swemed + da jeg skulle finne engelske søkeord. Det er en norsk artikkel med navnet "Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus". På Mc Master Plus fant jeg de to artikler som heter "Routines an Rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings", og "Pain management in heroin an cocain users". I Academic Search Premier fant jeg en artikkel med navn "How to manage pain in addicted patients".

Jeg har også benyttet meg av en metode som kalles "snowballing" eller på norsk nøsting for å finne mer litteratur. Da har jeg funnet annen litteratur ved å studere litteraturlistene til forskningen jeg allerede har funnet (Glasziou, Iriwig, Bain & Colditz, 2001, s. 20). Resultatet av dette ble at jeg fant fem artikler til.

2.2 Presentasjon av litteraturen

Jeg har funnet fram til ulike vitenskapelige forskningsartikler, fagartikler, faglitteratur og pensumlitteratur som både har en positivistisk og hermeneutisk tankegang. Positivistisk tankegang er den naturvitenskapelige metoden hvor en er ute etter kun ett riktig svar (Thurén, 2009, s 20-21). Hermeneutikken er den humanistiske tankegangen som er åpen for tolkning, og man er ute etter tanker, følelser og opplevelser (Thurén, 2009, s. 104). Jeg har for det meste brukt primærlitteratur, men i og med at primærlitteratur av og til er vanskelig å finne, har jeg benyttet meg av noen sekundærkilder også.

Av de syv forskningsartiklene jeg har funnet er det fem enkeltstudier og to oversiktsartikler. Av enkeltstudiene er det tre kvantitative, hvor det er benyttet spørreskjemaer til å besvare spørsmålet. I de to kvalitative studiene er det brukt intervjuer av rusmisbrukere og fokusgrupper med sykepleiere for å få svar. I oversiktsartiklene er det en sammenlignet data fra tidligere forskning eller observasjon av praksis.

Jeg har også valgt å trekke inn Joyce Travelbees´ kommunikasjonsteori. Dette er for å drøfte hvordan kommunikasjon kan ha en innvirkning på smertelindringen til rusmisbrukere. Jeg vil også få med hvorfor kommunikasjonen er viktig.

2.3 Kildekritikk og vurdering av metode

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet” (Dalland, 2000, s. 68-69). Jeg har gjort en vurdering av relevansen og troverdigheten til litteraturen jeg har brukt for å belyse min problemstilling.

2.3.1 Vurdering av forskning og faglitteratur

For å vurdere forskningsartiklene jeg har funnet, benyttet jeg meg av sjekklister for kritisk vurdering av forskning. Disse har jeg funnet på kunnskapssenteret sine nettsider (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006). Dette er for å understreke at forskningen jeg har funnet er god nok til å brukes, og ikke minst for å finne ut om den er troverdig. Jeg syntes de forskningsartiklene jeg har valgt å bruke er relevante i forhold til min problemstilling, og at de viser fram sitt arbeid på en god måte. Artiklene som er enkeltstudier har også inkludert et kapittel hvor de kritiserer seg selv, noe som gjør det tydelig at de er klar over styrker og svakheter ved eget studie.

En styrke med studiene jeg har funnet, er at de er gjort i Norge, USA, Australia, Storbritannia og Frankrike. Dette gjør at studiene dekker flere deler av verden og ikke bare holder seg til ett eller to land. På den andre siden kan det være forskjeller når det gjelder blant annet ansvarsområdet til sykepleierne, og retningslinjer mellom de forskjellige landene. Dette har jeg vært klar over når jeg har benyttet meg av disse artiklene.

De fleste av artiklene mine er fra nyere tid som gjør at de ikke står i fare for å være foreldet. De eldste jeg har er fra 2006 og 2007, som gjør at de kanskje befinner seg i grenseland fra å være "ny forskning". Dette er noe jeg har tatt i betraktning når jeg leste de eldste artiklene, og syntes de likevel var relevante nok til å inkluderes i min oppgave.

Når jeg skulle søke etter faglitteratur som var relevant for min problemstilling, fant jeg ut at det var vanskelig å finne. Jeg fant derimot bøker som kunne være relevante for de ulike delene i problemstillingen min som rusmisbruk, smerter, kommunikasjon, holdninger og liknende. Dette kan være en svakhet fordi faglitteraturen ikke er helt relevant til akkurat min problemstilling. Likevel syntes jeg dette var god litteratur å ha med seg fordi de belyser temaet problemstillingen er innenfor godt, og dermed gjør resten av litteraturen lettere å lese og bruke.

Det er som sagt flere av forskningsartiklene og av faglitteraturen som er skrevet på engelsk, eller andre språk. Dette gir en viss fare for å tolke det som er skrevet feil. Jeg har derfor passet på å lese gjennom nøye. Jeg har også brukt oversettingsverktøy på nett der det har vært behov for det, for å best mulig forså det som står skrevet.

2.3.2 Vurdering av metode

Spørsmålet her er om et litteraturstudie har vært en god metode for å komme fram til en konklusjon til min problemstilling. Styrker et litteraturstudie har i denne sammenhengen er at en kan finne mye god forskning som er gjort tidligere, vurdere om de er troverdige, og deretter sammenligne de med hverandre for å komme fram til en konklusjon. Svakheten med et litteraturstudie er at det alltid er en viss risiko ved å bruke andres forskning. Man tolker en annen persons tolkning av data som er samlet inn. En annen svakhet er at en ikke får snakket med intervju-objekter, observert eller valgt ut spørreskjema selv, men må nøye seg med noe andre har jobbet med.

3 Teori

Dette er en teoretisk redegjørelse for å forklare ulike begreper og temaer i oppgaven. Jeg skal også kort presentere forskningen jeg har funnet i forhold til metode, spørsmål og funn.

3.1 Hva er smerter

Smerter defineres av IASP (International Association for the Study of Pain) som "en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse" (Den Norske Legeforening, 2009). Altså smerter er en fysiologisk respons på en aktuell eller potensiell vevsskade (Jensen, Arendt-Nielsen & Dahl, 2013, s. 11). De fysiologiske mekanismene som gjør at en føler smerte er avgjørende for å overleve. Det kan kalles et slags advarselssystem som gjør at en fjerner seg fra trusselen som kan føre til vevsskade, beskytter det skadede området og gir en atferdsendring som kan gjøre at fremtidige skader hindres (Jensen et al., 2013, s. 11; Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2013, s. 15). For eksempel hvis en tar på en kokende plate, så er det smertene som gjør at en velger å trekke hånden vekk og hindre større skader. IASP's definisjon viser også at smerter ikke kun er en sensorisk opplevelse, men også emosjonell i form av frykt, ubehag og angst (Jensen et al., 2013 s. 11). Smerter er alltid subjektiv ifølge IASP (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 357). Smertene er heller ikke alltid rettet mot de medisinske årsakene (Den Norske Legeforening, 2009). Det vil si at ikke alle mennesker opplever smerter på samme måte, og at andre faktorer kan spille inn på smerteopplevelsen.

Smerter deles inn i akutte og kroniske smerter (Jensen et al., 2013, s. 12). Akutte smerter som det skal fokuseres på, er de smertene som kommer etter en øyeblikkelig vevsskade, advarselen om potensiell vevsskade og etterfølgende smerter under helningsprosessen (Jensen et al., 2013, s. 12; Baastrup et al., 2013, s. 16). Akutte smerter varer ikke lenger enn tre måneder (Berntzen et al., 2011, s. 368). Typiske tilstander som gir akutt smerte er frakturer, hjerteinfarkt, nyresteinanfall og postoperative smerter (Den Norske Legeforening, 2009). Når vevsskaden blir behandlet, vil også smerten reduseres, og i de fleste tilfeller opphøre helt (Jensen et al., 2013, s. 12). Selv om de akutte smertene som oftest opphører etter at vevsskaden behandles, kan de føre til uheldige reaksjoner som igjen kan føre til komplikasjoner, forlengelse av rehabilitering, og varige mén (Den Norske Legeforening, 2009).

For å behandle akutte smerter behandler en årsaken til smertene, men det er også ofte nødvendig med symptomatisk behandling (smertelindring) (Jensen et al., 2013, s. 13). Smertene behandles med medikamentell smertelindring og gjerne i kombinasjon med ikke-medikamentelle metoder (Berntzen

et al., 2011, s. 369). Ikke-medikamentelle tiltak i smertelindring kan blant annet være massasje, akupunktur og varme/kulde. Det er ikke disse formene for smertelindring jeg skal fokusere på i denne oppgaven. Den medikamentelle smertelindringen som det fokuseres på, deles opp i ikke-opioide analgetika (Paracetamol, NSAIDs) og opioide analgetika (Tramadol, Morfin, Oksykodon). Den Norske Legeforening (2009) har tatt med såkalte Ko-analgetika som medikamentell smertelindring, som inkluderer blant annet antidepressiva og antiepileptika.

Ifølge Den Norske Legeforening (2009) må "smerte utredes grundig medisinsk. I tillegg må man kartlegge psykososiale og kulturelle faktorer som kan forsterke smerteopplevelsen eller bidra til at en smertetilstand blir kronisk". Det betyr at det er viktig at en ser hele mennesket, og ikke bare på den medisinske årsaken, for å effektivt kunne behandle smerter.

3.2 Hva er rusmisbruk

Rusmisbruk er et vanskelig ord å definere, og det finnes mange ulike definisjoner. Jeg har vagt å bruke WHO (World Health Organization) sin definisjon fordi jeg ser den er ofte brukt, og jeg syntes den forklarer begrepet på en god måte. WHO definer rusmisbruk som "en skadelig og risikabel bruk av psykoaktive stoffer som inkluderer alkohol og ulovlige stoffer" (World Health Organization, udatert). Videre i sin definisjon har WHO også med at "psykoaktive stoffer kan føre til avhengighetssyndrom" (WHO, udatert). Avhengighetssyndrom er i følge WHO en samling av behavioristiske, kognitive og psykososiale fenomen som inkluderer:

- sterk lyst/sug/tvang etter stoffet
- vanskeligheter med å kontrollere bruken av det
- fortsettelse av bruk til tross for kjennskap til skadevirkninger
- prioritering av stoffbruk framfor andre aktiviteter, familie og venner
- økt toleranse
- Fysiologiske abstinensreaksjoner, eller bruk av rusmidler for å unngå abstinenser (WHO, udatert; Biong & Ytrehus, 2012, s. 19).

Det skal her som sagt fokuseres på de som misbruker opioider. En som misbruker opioider kan blant annet være en pasient som lenge har fått opioider på resept, og det kan være en såkalt "sprøytemisbruker" som injiserer for eksempel heroin i blodårene. Man kan dele opioidmisbruk inn i tre typer: nåværende rusmisbrukere, misbrukere som mottar substitusjonsbehandling, og tidligere rusmisbrukere. Jeg har valgt å ta med alle disse formene for opioidmisbruk fordi de har lignende smerteopplevelse og den samme problematikken når det kommer til smertelindring (Compton, P., Charuvastra, C., Kintaudi, K. & Ling, W., 2000).

3.3 Hva skjer i hjernen?

Rusmidler påvirker kort sagt den delen av det sentrale nervesystemet i hjernen som er relatert til overlevelse (Jellestad, 2012, s. 75). En kan tenke seg at det er derfor det er så vanskelig å avvende seg stoffer. Stoffene morfin og heroin virker smertedempende og er svært avhengighetskapende (Jellestad, 2012, s. 81). Det finnes naturlige stoffer i hjernen som ligner mye på morfin. De kalles endorfiner og er en viktig del av hjernens smertereguleringsystem. Dette gjør at hjernen har sitt eget opiatsystem og egne opiatreseptorer. Heroin blir omgjort til morfin når den kommer til hjernen, og fester seg til reseptorer i et område som er viktig for smerteregulering, og i områder for utskillelse av dopamin (Jellestad, 2012, s. 81). Morfin og heroin stimulerer altså belønningssystemet i hjernen og lindrer smerte.

3.3.1 Toleranseutvikling

Morfin og heroin i gjentatt inntak fører til en toleranseutvikling (Jellestad, 2012, s. 76-77). Det vil si at en etter hvert trenger en høyere dose for å få samme effekt. Et enzym ved navn adenylat cyclase har en avgjørende rolle i forhold til nervecellenes aktivitet ved at den sender nerveimpulser videre til andre nerveceller (Jellestad, 2012, s. 76-77). Dette enzymet hemmes vanligvis ved inntak av morfin og heroin. Etter gjentatt bruk vil denne effekten svekkes, og en må derfor ha høyere dose for å få samme effekt (Jellestad, 2012, s. 76-77).

3.4 Rusmisbrukernes smerteopplevelse

En av grunnene til at smertelindringen er så problematisk når den skal gis til rusmisbrukere er at bruken av opioider gjør smerteopplevelsen annerledes. Hovedproblemene er at vedvarende bruk av opioider gir en økt sensitivitet for smerter (opioidindusert hyperalgesi), og redusert effekt av smertestillende medikament, altså en toleransedannelse (Laroche, Rostaing, Aubrun & Perrot, 2012). Hyperalgesi er når en får unormalt sterke smerter når en utsettes for smertefulle stimuli (Pud, Cohen, Lawental & Eisenberg, 2005). Altså en slags overfølsomhet for smerter. Det vil si at i tillegg til at rusmisbrukerne får sterkere smerter enn andre, har de også oppbygget seg en toleranse for de smertestillende medikamentene som skal hjelpe mot smertene. I tillegg til toleransedannelse og hyperalgesi utvikler en rusmisbruker også noe som kalles allodyni, som er en unormalt sterk smertereaksjon på ikke-smertefulle stimuli (Pud et al., 2005). Altså en får sterke smerter når en utsettes for noe en vanligvis ikke ville følt smerte av.

3.5 Hvilke avdelinger på sykehus/ hva slags sykdommer og skader gjør at rusmisbrukere blir lagt inn på sykehus

Ifølge Babor (2010) er "narkotikarelaterte helseskader som kan føre til innleggelse i somatiske sykehus overdoser, akutte skader som vold og ulykker, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, smertetilstander, blodbårne infeksjoner som hepatitt B og C og hiv-infeksjon (Skoglund & Biong, 2012, s. 187). Andre årsaker for innleggelse hos rusmisbrukere er også obstetrisk behandling og fødsler (Ford, Bammer & Becker, 2008, gjengitt etter Andrulis & Hopkins 2001; Ludlow et al. 2004). Det vil si at en møter oftest rusmisbrukere som er innlagt i sengeposter på medisinske, ortopediske, kirurgiske og føde- barselevdelinger.

3.6 Holdninger

Raaheim (2002) definerer holdninger som "en underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter (personer)" (Renolen, 2010, s. 207). Det er også flere definisjoner på holdninger, men jeg valgte Raaheim (2002) sin fordi den inkluderer både tanker, følelser og handlinger. Jeg syntes det er viktig i forhold til oppgaven å få frem at holdninger også utspiller seg i handlinger og atferd.

For å forklare holdninger er det vanlig å bruke den såkalte tre komponentmodellen (Renolen, 2010, s. 207-208). De tre komponentene i modellen er følelser, atferd og tanker. Et eksempel kan være å spise grønnsaker (atferd). Noen kan elske grønnsaker (følelser) og vet at det er sunt for kroppen (tanker), mens andre er ikke så veldig glad i grønnsaker (følelser), men likevel spiser det fordi det er sunt (tanker). Dette viser at det er et språk mellom å tenke, føle og utføre handlinger (Renolen, 2010, s. 207-208). Rusmisbrukere kan som tidligere nevnt ha negative holdninger rettet mot seg. Mens noen velger å utføre best mulig helsehjelp til alle pasienter, uansett bakgrunn og uansett hva slags tanker og følelser de har ovenfor denne pasientgruppen, så kan andre velge å ikke gjøre det. Men følelser er ofte sterke, og vil påvirke atferden, særlig hvis en mangler kunnskapen (tanker).

3.7 Joyce Travebees' kommunikasjonsteori

Kommunikasjon er både en handling og en prosess (Travelbee, 1999, s. 136-138). Det er en handling fordi den krever fysisk og mental aktivitet hos begge parter, og det er en prosess i form av at en mening blir utvekslet. Det Travelbee (1999) mener med dette er at for å kommunisere kreves det en avsender, en mottaker og en mening, eller et budskap, som forstås av alle involverte parter. Det finnes både verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord, både skriftlig og muntlig, mens non-verbal kommunikasjon er den kommunikasjonen som uttrykkes med for eksempel ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. "Den syke kommuniserer noe til

sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme overfor den syke” (Travelbee, 1999, s. 135). Dette betyr at kommunikasjonen med pasienten både kan være bevisst og ubevisst.

Det er viktig at en som sykepleier forstår hva pasienten prøver å kommunisere til en hver tid, og at han/hun klarer å bruke informasjonen som blir gitt i planleggingen av sykepleierintervensjoner (Travelbee, 1999, s. 135). Det er altså ved hjelp av kommunikasjonen at en sykepleier identifiserer behovene pasienten har. For å etablere et godt forhold til pasienten er innholdet i kommunikasjonen viktig. Følelser kommuniseres effektivt og det er lett og legge merke til likegyldighet og manglende interesse, samtidig som det er lett å legge merke til omtanke og interesse (Travelbee, 1999, s. 147-148). Dette gjør at pasienten alltid vil oppfatte intensjonene til sykepleieren, og at noe så lite som et ansiktsuttrykk kan blokkere for et godt mellommenneskelig forhold.

Ifølge Travelbee (1999) er det ulike grunner til at kommunikasjonen kan bryte sammen. De er blant annet når den syke ikke oppleves som et individ, når de ulike betydningsnivåene i kommunikasjonen ikke oppfattes, når en lar være å lytte, og en anklager, bebreider og erter. Travelbee (1999) har også forslag til hva som gir god kommunikasjon. Det er blant annet å lytte, tolke non-verbal kommunikasjon rett, snakke med den andre på deres forståelsesnivå uten å være nedlatende, og snakke klart og tydelig (Travelbee, 1999, s. 151).

3.8 Forskning

”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” er en enkelt studie hvor målet er å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper, og holdninger til opioidavhengige med smerte som er innlagt i norske sykehus. Det har benyttet en kvantitativ metode i form av et spørreskjema for å besvare spørsmålet. Av 435 utsendte spørreskjema ble 312 besvart. Det var sykepleiere og leger ved medisinsk, kirurgisk, intensiv- og anestesivdelinger ved fire sykehus som mottok og besvarte på skjemaet. Resultatene av spørreundersøkelsen viste blant annet at mindretallet av leger og sykepleiere kartla pasientenes rusmisbruk, og et mindretall trodde på pasientens smerter. Den viste også at holdningene til helsepersonell trekker pasientens troverdighet i tvil (Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012).

”The determinants of nurses’ therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development” er også en kvantitativ studie. Det er benyttet et spørreskjema sendt i posten, hvor 1605 spørreskjema ble besvart, av 3241 sendt ut. En ville finne ut hva som påvirket sykepleiernes terapeutiske holdning, og hvilke tiltak som kunne forbedre den. Det de fant ut var at

det viktigste i forhold til terapeutisk holdning ovenfor rusmisbrukere var rollestøtte, og at holdninger og undervisning i seg selv hadde liten effekt (Ford, Bammer & Becker, 2008).

Den siste kvantitative studien heter "Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study". 181 spørreskjemaer ble levert ut på medisinsk og ortopedisk avdeling på 3 sykehus, og 98 ble besvart. Formålet var å finne ut av sykepleieres kunnskap og kompetanse til å utføre smertelindring til pasienter med rusmisbruk. De fant ut at det tydelig var begrensninger i kunnskapen til sykepleierne når det gjelder å evaluere og lindre smerter hos rusmisbrukere, og at den kunnskapen de hadde var erfaringsbasert framfor å være evidensbasert (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

"Routines and Rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings" er et enkelt studie, hvor det er fokusert på både sykepleierne og rusmisbrukernes synspunkt. Det er benyttet en kvalitativ metode, i form av intervju og fokusgrupper, for å gjennomgå sykepleiernes og rusmisbrukernes oppfatninger og strategier når det kommer til smertelindring i akutte situasjoner. Det de blant annet fant ut var at rusmisbrukerne har et krav til helsepersonellet om å være medfølende og omsorgsfulle. På den andre siden rapporterer sykepleierne at omsorgsidealet og den gjensidige omsorgen er redusert. Dette blir videre vanskeligere når en tar med rusmisbrukernes individuelle følsomhet, angst og følt stigmatisering i tillegg til den rusfremkalte hyperalgesien (McCreddie, Lyons, Watt, Ewing, Croft, Smith & Tocher, 2010).

"Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief" er en studie gjort i USA hvor en har sett på rusmisbrukernes opplevelse av smertelindringen gitt på sykehus. Dette er en kvalitativ studie hvor 18 rusmisbrukere innlagt på sykehus ble intervjuet, og to fokusgrupper med til sammen ti sykepleiere ble gjennomført. Det ble utformet en modell kalt "Knowing How to Play the Game" under studien, basert på det intervjuobjektene fortalte om sine erfaringer. Modellen inneholdt to kategorier: "Feeling Respected/Not Respected" og "Strategizing to Get Pain Relief". Modellen viser det at rusmisbrukere med smerter på sykehus trenger helsepersonell som respekterer dem, og som har nok utdanning og kunnskap om både smerter og rusmisbruk. Studien er skrevet av Betty D. Morgan (2006).

"Pain management in heroin and cocaine users" er en oversiktsartikkel som diskuterer de varierende situasjonene, som rusmisbruk og smertemønster, og spesielle trekk hos rusmisbrukere. Den ønsket også å finne ut av når det er egnet å skrive ut sterke opioider til rusmisbrukere, og om det er en forskjell på om det er nåværende rusmisbrukere, tidligere rusmisbrukere og rusmisbrukere som

mottar substitusjonsbehandling. Det er tatt med både akutte og kroniske smerter og det er også tatt med når rusmisbrukere skal gjennomgå kirurgiske inngrep. Artikkelen er avgrenset til å omhandle heroin- og kokainmisbrukere (Laroche, Rostaing, Aubrun & Perrot, 2012).

”Health care professionals’ knowledge and attitudes regarding substance use and substance users” er en oversiktsartikkel. Det er lite forskning gjort internasjonalt og i Irland (som er fokuset i artikkelen) som har med kunnskap og holdninger helsepersonell har ovenfor rusmisbrukere i akuttmottak. Det meste av forskning har blitt gjort utenfor sykehus og i psykiatrien. Kelleher (2007) fant ut av tidligere forskning blant annet at dårlig kunnskap og holdninger kan gi negativ effekt på omsorgen og pleien rusmisbrukere får (Kelleher, 2007).

4 Drøfting

Som nevnt er smertelindring til rusmisbrukere en vanskelig og komplisert oppgave. Etter å ha lest gjennom litteraturen, ser jeg at det er blant annet holdninger, manglende kunnskap og kommunikasjon som er store hindre i smertelindringen.

4.1 Holdninger

Mange ser på rusmisbruk som noe en har pådratt seg selv. Dette fører ofte til mindre medfølelse og sympati fra samfunnet. De blir også ofte sett på som lovbrøyttere og kriminelle. Folk som bor i byer er også vant med å se rusmisbrukere som bor på gata, som er skitne og oppfører seg litt utenom normalen. Det kan være her holdningene danner seg. Det mange ikke tenker på eller er klar over, er at det ofte ligger mer bak enn at de bare vil ruse seg for at det føles bra. Barn som lider av alvorlig angst, depresjoner, spiseforstyrrelser, ubehandlet AD/HD, alvorlige traumer osv, er de som står i risikozonen for å utvikle rusavhengighet (Lossius, 2012, s. 23). Det var dette jeg så igjen da jeg var i praksis på rusposten. De aller fleste hadde en underliggende lidelse som førte til rusmisbruket, som for eksempel foreldre som var alkoholikere, noen hadde bipolare lidelser, noen hadde opplevd traumer fra barndommen og liknende.

Sykepleiere og annet helsepersonell er bare mennesker, og det er vanlig å ha forskjellige holdninger til ulike fenomen og objekter, både positive og negative. Som nevnt består holdninger av følelser, atferd og tanker, men de trenger ikke alltid å påvirke hverandre (Renolen, 2010, s. 207-208). Det vil si at selv om en har negative tanker og følelser om noe, trenger det ikke nødvendigvis å påvirke atferden vår negativt, men den gjør ofte det. Er det sånn at helsepersonell alltid klarer å holde seg profesjonelle blant rusmisbrukere, uansett hva slags tanker og følelser de må ha om dem privat?

En gjennomgang av studiene jeg har lest, viser at det ikke er uvanlig at helsepersonell og sykepleiere har negative holdninger ovenfor rusmisbrukere (McCreaddie et al., 2010; Morgan, 2006; Ford, et al., 2008). Det er heller ikke nytt at disse holdningene kan påvirke den behandlingen som blir gitt. Kelleher (2007) omtaler studier gjort allerede på 70-tallet som viser dette. Men likevel er det lite som har forandret seg (Kelleher, 2007). Er det da andre faktorer som påvirker helsepersonells holdninger enn tanker en har privat?

Laroche et al. (2012) beskriver ulike holdninger og tanker som er vanlige hos helsepersonell ovenfor rusmisbrukere når det kommer til smertebehandling. Det er blant annet vanlig å tenke at smertene blir overdrevet og simulert for å få mer smertestillende og at opioider ikke kan brukes til

rusmisbrukere enten fordi de ikke vil fungere, eller fordi de vil forsterke rusmisbruget og avhengigheten. En svært vanlig holdning er at rusmisbruk er selvforskyldt. Helsepersonell er også redde for å forårsake overdoser, og at de vil føle seg som en "drug dealer". Helsepersonell er i tillegg redde for å bli manipulert, og helsepersonell som jobber med rusmisbrukere rapporterer ofte bekymringer om aggressiv atferd (Laroche et al., 2012). Dette kan bidra til frykt og bekymringer for å jobbe med rusmisbrukere.

Det aller vanskeligste kan være å vite når pasienten snakker sant og når han/hun overdriver smertene for å få rus. Selv om det er mye snakk om negative holdninger ovenfor rusmisbrukere, så betyr det ikke nødvendigvis at alle rusmisbrukere er misforstått. Det betyr heller ikke at alle oppfører seg pent og bare vil ha smertestillende når de trenger det for smerter og ikke for å ruse seg. Sykepleiere rapporterer om dårlige erfaringer med rusmisbrukere, og at avvikende atferd har ført til liten toleranse for denne pasientgruppen (McCreddie et al., 2010).

I de kvalitative studiene som har inkludert både helsepersonell og pasienter, ser en klare motsetninger mellom dem (Morgan, 2006; McCreddie et al., 2010). Særlig i hva de forventer av hverandre. Tidligere erfaringer gjør at sykepleiere ser på denne pasientgruppen som svært utfordrende, og de forklarer hvordan de hele tiden må passe på sine egne reaksjoner når de kommuniserer med pasienten (Morgan, 2006). En av sykepleierne forklarte også det med at sykepleiere er en veldig regelstyrt yrkesgruppe, og når en jobber med rusmisbrukere, jobber en med de ultimate regelbryterne (Morgan, 2006). Det kan tenkes at dette kan føre til at pasienten ikke får den individuelle hjelpen han/hun trenger, fordi sykepleieren er mer opptatt av å følge regler, normer og retningslinjer.

Sykepleiere har også som sagt tidligere opplevd avvikende atferd fra denne gruppen pasienter (McCreddie et al., 2010). Hvis en ser dette i sammenheng med tre komponentmodellen (Renolen, 2010, s. 207-208) kan dette føre til at en pasient som blir innlagt og har kjent rusmisbruk, forventes å ha denne typen negativ atferd og i tillegg forventes det at han/hun skal være vanskelig å ha med å gjøre (følelser). Konsekvensene da er som regel at pasienten blir behandlet dårligere (atferd) enn andre pasienter. Dette viser altså hvordan følelser kan påvirke atferden.

På den andre siden så forventer rusmisbrukerne av sykepleierne at de er medfølende og omsorgsfulle, at de skal være der for å hjelpe og ikke være dømmende (McCreddie et al., 2010). Likevel er forventningene blitt ødelagt av tidligere erfaring og alle pasientene som er med i de to studiene rapporterer dårlig erfaring med helsepersonell (Morgan, 2006; McCreddie et al., 2010).

Det vi ser her er at begge parter har negative forventninger til hverandre, noe som kan gjøre samarbeid om smertelindring vanskelig.

Det at en rusmisbruker som er innlagt på sykehus for smerter, ikke blir respektert, og i tillegg har prøvd flere ganger å kommunisere med helsepersonell uten at de føler at de blir lyttet til, gir mye frustrasjon. Dette kan resultere i diskusjoner/krangler, truende atferd, at en prøver å få tak i stoffer fra andre steder, og en tidlig utskrivelse (Morgan, 2006).

I følge de fleste studiene jeg har lest er holdninger et stort problem i forhold til smertelindringen. Ford et al. (2008) mener derimot at holdninger ikke er det viktigste problemet, men at en heller må fokusere på rollestøtte, altså hjelp fra helsepersonell med erfaring innenfor feltet (Ford et al., 2008). De mener at det er på tide å fokusere på andre ting enn holdninger når en skal forbedre arbeidet med rusmisbrukere (Ford et al., 2008).

4.2 Kunnskap

En av barrierene for å gi tilfredsstillende smertelindring til rusmisbrukere, er mangelen på kunnskap. I tillegg til å være i seg selv nødvendig for å utføre optimal smertelindring, er kunnskap en viktig faktor i dannelsen og endringen av holdninger (Li et al., 2012). Dette kan også ses i sammenheng med tre komponenter i modellen (Renolen, 2010, s. 207-208). En endring av kunnskap (tanker) kan endre på følelser og deretter atferd. Flere studier viser at det er mangel på kunnskap om rusmisbrukere og smertelindring blant helsepersonell, og at dette kan gjøre at pasientene ikke får den hjelpen de trenger (Kelleher, 2007; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Li et al., 2012).

Mange rusmisbrukere blir underbehandlet for akutte smerter, til tross for rapportering om sterke smerter (D'Arcy, 2010). Helsepersonell kan som sagt tro at den gjentatte forespørselen etter smertestillende kan være en narkotikasøkende atferd, og dermed ikke ta pasienten på alvor (D'Arcy, 2010). Dette er en av konsekvensene av å ikke ha nok kunnskap. Som jeg har nevnt tidligere opparbeider pasienter med gjentatt inntak av opioider en toleransedannelse, noe som vil si at de trenger mer stoff/medikament for å oppnå samme effekt (Jellestad, 2012, s. 67-68). På den andre siden er det vanskelig å være helt sikker på om pasienten virkelig har smerter, eller om han/hun bare overdriver for å få mer smertestillende.

Falsk avhengighet, eller på engelsk pseudo-addiction, er en betegnelse for når en framstår som stoffsøkende eller rusøkende, men egentlig er undermedisinert for sine smerter (McCreaddie et al., 2010, gjengitt etter Weissman & Haddox, 1989). Det vil si at en rusmisbruker som søker

smertestillende for faktiske smerter kan oppføre seg veldig likt som en rusmisbruker som ønsker noe å ruse seg på. Sykepleiere kan være raske i å ta beslutningen om at dette er russøkende atferd (McCreaddie et al., 2010, gjengitt etter McCaffery et al., 2005), noe som kanskje kan være på grunn av mangel på kunnskap om "pseudo-addiction". Et eksempel kan være når en pasient som en vet har en historie med rusmisbruk spør gjentatte ganger om å få mer smertestillende, hisser seg opp når han/hun ikke får smertestillende til nøyaktige tidspunkt, eller en finner ut at pasienten har samlet tabletter under puta. Dette er typiske russøkende atferder. Det er her avgjørende å finne ut av om det er rus pasienten søker, eller om det er smertestillende for underbehandlet smerte. I slike tilfeller blir det svært viktig at helsepersonell prøver å forstå seg på avvikende atferd, og den beste måten å gjøre dette på er kommunikasjon (D'Arcy, 2010).

En studie gjort i Norge viser at 88 % av sykepleierne som deltok mente de ikke hadde god nok kunnskap om smertelindring til rusmisbrukere (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Denne studien understreker en del av de vanlige misforståelsene rundt rusmisbrukere som er vanlige å ha. For eksempel så var det et mindretall av sykepleierne som visste at opioidmisbruk kan føre til økte smerter (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Som jeg har nevnt tidligere er hyperalgesi og allodyni to smertetilstander som gir sterkere smerter en vanlig, og er vanlig for rusmisbrukere og ha (Pud et al., 2005). Når sykepleiere mangler kunnskap om disse tilstandene og at de ofte oppleves av rusmisbrukere, blir det vanskelig å vite hva som er riktig å gjøre. Dette kan også ses i sammenheng med at et flertall mente rusmisbrukere overdrev smertene for å få mer smertestillende, og at de ikke var ærlige om effekten av de smertestillende medikamentene (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Et eksempel på en slik situasjon er en pasient som gir uttrykk for sterke smerter av noe en sykepleier med lang erfaring vet at ikke er så smertefullt, og i tillegg smertestillende medikament er gitt. I denne situasjonen er det lett å tenke at smerten blir simulert eller overdrevet, og at effekten på medikamentet blir undervurdert. Beslutningen blir da gjort deretter.

Noe annet det norske studiet viste, var at de fleste trodde bruk av opioider som smertestillende medikament ikke ville fungere og i tillegg øke avhengigheten hos opioidmisbrukeren. Både American Society for Pain Management Nursing og Den Norske Legeforening har bekreftet at opioidbehandling for smerter til rusmisbrukere er en egnet behandling (Den Norske Legeforening, 2009; Oliver et al., 2012). Dette viser også at mangel på kunnskap blant helsepersonell kan lede til misforståelser som påvirker smertebehandlingen.

4.2.1 Kartlegging av rusmisbruk

Det norske studie gjort av Li et al. (2012) viser at det er svært få som kartlegger pasientens rusmisbruk når de er innlagt på sykehus for smerter. Dette samsvarer også med tidligere studier ifølge Li et al (2012). En grunn kan være at sykepleierne ikke ser på kartlegging av rusmisbruk som sitt ansvar, mens en annen grunn kan være at en ikke er klar over viktigheten av denne kartleggingen, og mangler kunnskap (Li et al., 2012). Ifølge Lappalainen-Letho et al. (2005) kan også mangelen på tid være en årsak (Kelleher, 2007). Mangelfull kartlegging kan føre til feildiagnostisering og/eller underbehandling Ifølge Kelleher (2007).

Det er flere grunner til at mangelen på kartlegging av rusmisbruket kan føre til underbehandling når det kommer til smertelindring. En rusmisbruker som blir akutt innlagt på sykehus, får en plutselig stopp i inntaket av opioider. Dette kan føre til utvikling av abstinenssyndrom (Laroche et al., 2012) som blant annet kan forsterke smerteopplevelsen, og føre til angst, frykt og utagerende atferd (McCreaddie et al., 2010). Derfor er det viktig og kartlegge rusmisbruket i forhold til å kunne dekke det basale opioidbehovet (Den Norske Legeforening, 2009). Det er ikke et mål å avruse en rusmisbruker som er innlagt for smerter. I tillegg til det å dekke det basale behovet, skal en gi ekstra opioider for å lindre den akutte smerten (D'Arcy, 2010). Dette gjør at en opererer med store mengder opioider. Det er også viktig å kartlegge rusmisbruket i forhold til å hindre en overdose (Laroche et al., 2012). Det kan derfor være vanskelig å dekke det basale behovet for opioider og i tillegg gi opioider for smertene når en ikke har funnet ut hvor mye pasienten bruker til vanlig.

Det er altså viktig å ha kunnskap om denne kartleggingen av de ulike årsakene som er nevnt. Men det er ofte ikke så lett å gå inn til pasienten å få slik informasjon uten videre. Dette er i seg selv en tidkrevende oppgave, og det er vanskelig å vite om informasjonen pasienten gir stemmer helt. Noen kan si at de brukere mindre heroin eller opioider enn der de egentlig gjør, enten for å skjule hvor mye de egentlig bruker fordi de skammer seg, eller for å få mer opioider utskrevet. Andre kan kanskje oppleve det som vanskelig å snakke om, og vil unngå temaet så lenge det lar seg gjøre.

4.3 Kommunikasjon

Det er som nevnt gjennom kommunikasjon at behovene pasienten har for sykepleie blir identifisert. Og som sykepleier har man en nøkkelrolle i forhold til smertelindring i og med at det er de som kommuniserer med pasienten om utdeling av behovsmedikament. Når en pasient føler seg lite respektert, lite trodd på, og kartlegging av rusmisbruk ikke blir gjort, kan det føre til at pasienten blir underbehandlet for smerter. Kommunikasjon er derfor viktig i denne sammenhengen, og det å bygge et tillitsfullt forhold til disse pasientene er avgjørende (D'Arcy, 2010). Pasienten blir da komfortabel

med å dele informasjon om sitt rusmisbruk, og i tillegg hvis en har en god holdning ovenfor pasienten og overbeviser han/hun at man har lyst til å hjelpe, kan pasienten oppføre seg mer positivt tilbake (D'Arcy, 2010).

I Morgan (2006) sitt studie forklarer deltakerne at de har opplevd sykepleiere som negative både via verbale kommentarer og non-verbal atferd. Deltakerne i studie forklarer at de kan se det umiddelbart om sykepleieren har negative holdninger, og om de behandler dem med respekt (Morgan, 2006). Dette stemmer overens med Travelbee (1999) sin kommunikasjonsteori om at følelser kommuniseres effektivt og at det er lett å legge merke til likegyldighet og manglende interesse.

Den non-verbale kommunikasjonen kan som sagt være blant annet ansiktsuttrykk og bevegelser, men den kan også være lukt, lyd og liknende (Travelbee, 1999, s. 138). Den non-verbale kommunikasjonen skjer også ubevisst, og pasient og sykepleier kommuniserer til hverandre kontinuerlig selv om de ikke bruker ord (Travelbee, 1999, s. 138). Når en rusmisbruker blir lagt inn på sykehus for smerter og møter en sykepleier som har gruet seg til å ta imot "enda en rusmisbruker", kan dette tydelig vises i atferd og ansiktsuttrykk samt den verbale kommunikasjonen. Det er også sånn at sykepleiere har varierende evne til å vurdere hvordan en atferd virker på andre (Travelbee, 1999, s. 149). En sykepleier som har negative holdninger ovenfor rusmisbrukere, men likevel prøver å yte god hjelp, trenger ikke alltid legge merke hvordan holdningen vises i atferden.

Dette er en av grunnene til at Travelbee (1999) mener at innholdet i kommunikasjonen er så viktig for å etablere et godt forhold til pasienten. Dette gjelder i stor grad også for verbal kommunikasjon. Men det å uttrykke seg negativt ovenfor pasienten i form av verbal kommunikasjon har kanskje de fleste vanskeligere for. Likevel viser pasientene som har deltatt i studiene til Morgan (2006) og McCreaddie et al. (2010) til situasjoner hvor akkurat denne typen verbal kommunikasjon har foregått. Noen har fått høre at "du leter bare etter narkotika og et sted og sove" og "dette har du gjort mot deg selv". Andre får høre at de juger, og at de prøver å lure alle til å gi mer dem smertestillende (Morgan, 2006). En pasient fikk også høre "hva vil moren din si?" da han ble lagt inn på et sykehus etter en overdose (McCreaddie et al., 2010).

Den negative formen for verbal og non-verbal kommunikasjon gjør at kommunikasjonen lett bryter sammen. Dette ses i forhold til Travelbees' (1999) årsaker til at kommunikasjon kan bryte sammen. I følge Travelbee (1999) er det derfor viktig at en blant annet ser på pasienten som et individ, lytter, og at en tolker den non-verbale kommunikasjonen rett (Travelbee, 1999, s. 151).

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan en som sykepleiere har utfordringer i forhold til å lindre smerter hos rusmisbrukere som er lagt inn på sykehus. Ved hjelp av faglitteratur og forskning har jeg belyst denne problematikken og drøftet ulike forslag til hva som kan gjøre at praksis forbedres.

En rusmisbruker som blir lagt inn på sykehus blir tatt fra sitt vannte miljø og inn i et mer ukjent miljø, noe som kan være vanskelig i seg selv. Der kan de risikere å bli møtt av sykepleiere med negative holdninger, og en nedlatende atferd. Denne pasientgruppen blir sett på som spesielt vanskelig. Grunner til dette kan være økt toleranse for smertestillende medikament, og økt smertefølelse. På den andre siden mangler sykepleiere kunnskap om de nødvendige tingene som kan gjøre at denne gruppen pasienter får optimal hjelp. Blant annet å ha kunnskap om hyperalgesi, allodyni, toleransedannelse og tilstander som pseudo-addiction, samt hvor viktig det er å kartlegge rusmisbruk, kan være avgjørende. Et godt samarbeid med lege er derfor viktig. Sist men ikke minst er det å etablere et godt mellommenneskelig forhold som skaper tillit avgjørende for godt samarbeid mellom pasient og sykepleier.

American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) og International Nurses Society on Addictions (IntNSA) (2012) har med i sin uttalelse noen anbefalinger til sykepleiers praksis når det gjelder smertelindring til rusmisbrukere. De inkluderer å holde seg oppdatert på ny kunnskap om temaet, benytte seg av beste praksis og evidensbasert pleie, samt bidra i forskning og utdanning for å etablere en helhetlig sykepleie (Oliver et al., 2012).

Det er lite forskning som er gjort om dette temaet, og det meste av forskning er gjort i USA og Australia. Det er derfor viktig at dette vanskelige temaet blir belyst i forhold til å øke oppmerksomheten rundt det. Kunnskap kan endre holdninger, og det er derfor svært viktig at kunnskapen når fram til sykepleiere som jobber i alle avdelinger på sykehus og i kommunen, og ikke bare de som jobber i rusomsorgen. "Å utøve sykepleie for en pasient med en rusmiddelavhengighet kan være en tidskrevende oppgave, men å lette på lidelsene til en utfordrende pasient er utrolig givende" (D'Arcy, 2010).

6 Bibliografi

- Baastrup, C. S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L., & Jensen, T. S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter – baggrund, evidens, behandling* (3. utg., ss. 15-33). København: FADL's Forlag.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 1* (4. utg., ss. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer - en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 15-29). Oslo: Akribe AS.
- Compton, P., Charuvastra, V. C., Kintaudi, K. & Ling, W. (2000). Pain Responses in Methadone-Maintained Opioid Abusers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 20(4).
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- D'Arcy, Y. (2010). How to manage pain in addicted patients, *Nursing*, 2010, doi: 10.1097/01.NURSE.0000383898.65472.8f
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring, 2009*. Hentet 11. Mai 2015 fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Ford, R., Bammer, G. & Becher, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2452-2462. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Glasziou, P., Iriwig, L., Bain, C. & Colditz. (2001). *Systematic reviews in health care – A Practicle Guide*. United Kingdom: Cambridge Universtiy Press.
- Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. Utg., ss. 75-88). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jensen, T. S., Arendt-Nielsen, L., & Dahl, J. B. (2013). Smerter - en introduktion. I T. S. Jensen, & J. B. Dahl, *Smerter - baggrund, evidens, behandling* (3. Utg., ss. 11-14). København: FADL's Forlag.
- Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing* (2007) 15, 161-165. Doi: 10.1016/j.aaen.2007.05.005
- Krokmyrdal, K. A. & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today* (2015). Doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.022
- Laroche, F., Rostaing, S., Aubrun, F. & Perrot, S. (2012). Pain management in heroin and cocaine users. *Joint Bone Spine* 79(2012) 446-450. Doi: 10.1016/j.jbspin.2012.01.007
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E. & Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning* (2012). 7(3), 252-260. Doi: 10.4220/sykepleief.2012.0131
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. Utg., ss. 23-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- McCreadie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M. & Tocher J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2730-2740. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x
- Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41 doi: 10.1016/j.pmn.2005.12.003
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie, 2006*. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning, 2014*. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

- Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M. ... Turner, H. N. (2012). American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients with Substance Use Disorders. *Pain Management Nursing* 13(3) Doi: 10.1016/j.pmn.2012.07.001
- Pud, D., Cohen, D., Lawental, E. & Eisenberg, E. (2005). Opioids and abnormal pain perception: New evidence from a study of chronic opioid addicts and healthy subjects. *Drug and Alcohol Dependence* 82 (2006), 218-223. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.09.007
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World drug report, 2014*. Hentet 11. Mai 2015 fra http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker - innføring av psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skoglund, A., & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong, & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 186-201). Oslo: Akribe AS.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organization. (udatert). *Health topics – Substance abuse*. Hentet 5. mai 2015 fra http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/