



Kva for faktorar påverkar sjukepleiaren sin kartlegging  
av smerte hos injiserande rusmisbrukarar?

Ein litteraturstudie

Kandidatnummer: 165

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13 SYKHEL

Antall ord: 10 425

17.03.16

## Samandrag

**Bakgrunn:** Injisierende rusmisbrukarar har auka risiko for akutte innleggingar på sjukehus grunna infeksjonar, sår og traume, relatert til levemåte og sprøytebruk. Desse tilstandane kan forårsake smerte og gje behov for smertelindring. Sjansane er store for at sjukepleiarar får ansvaret for å ivareta desse pasientane og deira smertekartlegging.

**Hensikt:** Å utforske kva faktorar som påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerte hos injisierende rusmisbrukarar.

**Metode:** Metoden er ein systematisk litteraturstudie, som dannar ein oversikt over tilgjengeleg oppdatert faglitteratur frå bøker og forskingsartiklar.

**Resultat:** Forsking viser at negative haldningar til pasienten, kunnskapsmangel, undervurdering av smerter, vegring mot å gje opioider og rutinar for bruk av kartleggingsverktøy er faktorar som påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerte hos rusmisbrukarar. Litteraturen viser at av desse faktorane, går særleg negative haldningar til pasienten og kunnskapsmangel igjen som påverkande faktorar.

**Konklusjon:** Det er behov for auka kunnskapsnivå blant sjukepleiarar når det gjeld smertebehandling og smertekartlegging hos rusmisbrukarar.

## Innholdsliste

<b>1 Innleiing</b> .....	<b>4</b>
1.1 Grunngeving for val av tema og problemstilling .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3 Temaet sin relevans for sjukepleie .....	6
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillinga .....	7
1.5 Definisjon av sentrale omgrep .....	7
1.5.1 Smerte .....	7
1.5.2 Kartlegging av smerte .....	7
1.5.3 Injiserande rusmisbrukar .....	7
1.6 Oppgåva sin struktur .....	8
<b>2 Smertekartlegging av rusmisbrukarar</b> .....	<b>9</b>
2.1 Smertefysiologi .....	9
2.2 Kartlegging av smerter .....	9
2.3 Rusmisbruk .....	11
2.4 Rusmisbruk og påverknad av smerter .....	12
2.4.1 Toleranse .....	13
2.4.2 Opioidindusert hyperalgesi .....	13
2.4.3 Abstinens .....	14
2.5 Joyce Travelbee om smerter .....	15
<b>3 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Val av metode .....	17
3.2 Førforståelse .....	17
3.3 Litteratursøk .....	17
3.3.1 Tabell 1: Eksempel på søk 15.02.16 .....	18
3.3.2 Tabell 2: Eksempel på søk 15.02.16 .....	19
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterium .....	20
3.5 Analyseprosessen .....	20
3.5.1 Tabell 3: Analysetabell .....	21
3.6 Kjeldekritikk .....	21
3.7 Ethiske overveingar .....	22
<b>4 Funn</b> .....	<b>23</b>
4.1 Stereotypiske haldningar .....	25
4.2 Mangel på kunnskap .....	26
4.3 Undervurdering av pasienten sine smerter .....	26
4.4 Rutinar for bruk av smertekartleggingsverktøy .....	26
4.5 Vegring mot å gje opioider .....	27
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>28</b>
5.1 Stereotypiske haldningar .....	28
5.2 Mangel på kunnskap .....	30
5.3 Undervurdering av pasienten sine smerter .....	32
5.4 Rutinar for bruk av smertekartleggingsverktøy .....	34
5.5 Vegring mot å gje opioider .....	35
<b>6 Oppsummering</b> .....	<b>37</b>
<b>7 Litteraturliste</b> .....	<b>39</b>

## 1 Innleiing

Rusmisbruk er eit stort offentleg helse- og sosialt problem i mange land og på verdsbasis (Haber m.fl. 2009:1284, McCreaddie m.fl. 2010:2730), med ein stor byrde av sosiale, økonomiske, psykiske og fysiske komplikasjonar (Haber m.fl. 2009:1284). I følgje Statens institutt for rusmiddelforskning blei det estimert at det i Noreg i 2012 var mellom 7200-10100 injiserande rusmisbrukarar, og mellom 6200-10300 høg-risiko opioidbrukarar. Mange injiserande rusmisbrukarar er og høg-risiko opioidbrukarar, så desse tala kan til ein viss grad overlape kvarandre (SIRUS 2015:30-31). Det er estimert at på verdsbasis er rusmisbrukarar årsaken til omtrent 11 prosent av alle akutte innleggingar, og desse er hovudsakleg injiserande rusmisbrukarar (McCreaddie m.fl. 2010:2730).

Mange sprøytemisbrukarar har helseplager. Desse plagene skyldas stort sett ikkje helsefaren med å nytte rusmiddel, men levemåten og sprøytebruken. Gatenarkomane har stor oversjuelegheit som omfattar eit breitt spekter av ulike sjukdommar. Det er ein stor risiko for overføring av sjukdom som HIV/AIDS og hepatitt ved deling av sprøyter, infeksjonar ved uhygienisk sprøytebruk, samt traume (Fekjær 2008:193, Krokmyrdal og Andenæs 2015:789). Stoff som er ulovleg produsert og omsett kan i tillegg innehalde andre helsefarlege bestanddelar. Lokale infeksjonar ved stikkstaden blir ofte ikkje godt nok behandla. Dette kan føre til komplikasjonar som store og langvarige sår, abscessar, hevelsar, trombose og lymfebetennelsar. Vidare kan infeksjonen spreie seg frå lokalområdet og føre til endokarditt, sepsis og lungeabscessar (Fekjær 2008:193, Haber m.fl. 2009:1284). Tannstatus kan vere svært dårleg, kvinner som prostituerer seg kan ha underlivsinfeksjonar, og tidlegare tal viser at 80 % av sprøytemisbrukarar i Oslo er underernært eller feilernært (Fekjær 2008:194-195). I tillegg til å ha dårleg fysisk helsetilstand, har denne gruppa og ein stor insidens av psykiske lidingar (Blay m.fl. 2012:289). På grunn av den auka helserisikoen rusmisbruk gjev, blir rusmisbrukarar innlagt i sjukehus oftare enn den generelle befolkninga. Smerter er ofte ein av hovudårsakane til at rusmisbrukarar sjølv oppsøker helsevesenet, medan skader, blautdels- og andre infeksjonar, psykiske lidingar og sjukdommar relatert til rusmisbruk er ofte årsakar til innlegging i sjukehus. Grunna den høge innleggingsraten for rusmisbrukarar, og at nokre av desse tilstandane er assosiert med akutte smerter, er sjansane store for at sjukepleiarar i

klinikken vil måtte utøve pleie og omsorg for rusmisbrukarar som opplev smerte (Blay m.fl. 2012:289).

Utfordringar som sjukepleiaren har når det gjeld smertelindring er at pasienten ikkje blir tilstrekkeleg smertelindra eller blir underbehandla for smerter, noko som ofte er tilfelle hos rusmisbrukarar innlagt i sjukehus (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:376, Den Norske Legeforening 2009:33). Smerter forårsakar unødig lidning, redusert evne til eigenomsorg og kan redusere livskvaliteten til pasienten (Krokmyrdal og Andenæs 2015, Morgan 2006:32). I tillegg kan gangen i sjukdommen bli komplisert og forlenga som følgje av dei negative fysiologiske konsekvensane av smerte, og vidare bidra til fleire liggedøgn på sjukehus grunna forseinka tilheling (Berntzen m.fl. 2010:368, Jewell, Tomlinson og Weaver 2011:34, Li m.fl. 2012:252, Morgan og White 2009:41). Å bidra til å behandle akutte, sterke smerter effektivt er ein viktig sjukepleieoppgåve. Dette er for å lindre lidning og redusere dei uheldige konsekvensane smerte kan ha på kroppen (Berntzen m.fl. 2010:368).

Smertebehandling av denne pasientgruppa kan vere utfordrande grunna pasienten sin fysiske avhengnad, utvikling av abstinens, toleranse av opioider og høgare intensitet av rapporterte smerter. Det er i tillegg vist at deira behov for opioider som er nødvendige for å oppnå adekvat smertelindring, kan vere tre gonger høgare enn folk som ikkje nyttar opioider (Blay m.fl. 2012:289). Dette kan medføre komplikasjonar i akutte smertelindringsstrategiar, og at retningslinjene for smertelindring må avvikas i forhold til normalen (Blay m.fl. 2012:289). Vidare viser det seg at rusmisbrukarar ofte blir møtt med negative haldningar eller blir stigmatisert av helsepersonell, noko som og kan bidra til at smertebehandling av denne pasientgruppa er ei utfordring (Krokmyrdal og Andenæs 2015:790, Morgan 2006:32).

### **1.1 Grunngeving for val av tema og problemstilling**

Eg har vald å fordjupe meg i dette temaet på bakgrunn av opplevingar eg hadde i praksis på eit sjukehus. På den kirurgiske avdelinga eg var på fekk eg møte mange pasientar, og delta i og observere deira sin smertebehandling. Smertebehandling var ein stor og viktig del av arbeidsdagen til sjukepleiarane på avdelinga. Ein av

pasientane var ein injiserande rusmisbrukar som nytta heroin, og var av den grunn tolerant for opioidar. Fleire av sjukepleiarane opplevde det som utfordrande å smertelindre han. Eg opplevde fleire av sjukepleiarane som nærmast dømmende, og at dei ikkje trudde på hans formidling av smerte når dei skulle kartlegge smertane hans. På bakgrunn av at eg ikkje hadde hatt ein injiserande rusmisbrukar som pasient før, og hadde lite kunnskap om smertelindring av denne pasientgruppa, følte eg meg usikker i møte med denne pasienten. Smertebehandlinga ga dårleg effekt, og store dosar med opioidar måtte til for å smertelindre han. På bakgrunn av det ønskjer eg å fordjupe meg i dette temaet for å få eit betre grunnlag til å møte denne pasientgruppa i framtida, ikkje berre for min eigen del, men og så andre sjukepleiarar i same situasjon kan dra nytte av denne oppgåva.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

I denne oppgåva vil eg utforske denne problemstillinga:

*”Kva for faktorar påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerter hos injiserande rusmisbrukarar?”*

## **1.3 Temaet sin relevans for sjukepleie**

Smertelindring er ein stor og viktig del av sjukepleiaren sitt ansvar og kvardag, og noko dei fleste sjukepleiarar gjer i jobben sin. Menneske med rusmisbruk har auka risiko for helseplager grunna rusrelaterte traume og følgjesjukdommar relatert til sin livsstil (Fekjær 2008:193) og har derfor fleire innleggingar på sjukehus enn den generelle befolkninga. Sjansen for at sjukepleiarar møter rusmisbrukarar og at dei i tillegg har behov for smertelindring er stor (Blay m.fl. 2012:289). Smertekartlegging er ein viktig del av behandlinga av smerter, og gjer det enklare å planleggje, utføre og evaluere smertebehandlinga (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:51). Hensikta med kartlegging av smerter er at pasienten skal få individuell og optimal smertebehandling (Torvik m.fl 2008:53). Å vere klar over kva som kan påverke korleis kartlegging av smerter blir utøvd, kan hjelpe sjukepleiaren å bli meir bevisst på sine handlingar. Dette er ikkje berre i møte med rusmisbrukarar, men og andre pasientgrupper der smertebehandling kan vere ein utfordring.

#### **1.4 Avgrensing og presisering av problemstillinga**

Eg har vald å avgrense oppgåva til å omhandle rusmisbrukarar med heroin som primærkjelde for rus, fordi heroin er eit opioid som skapar fleire utfordringar i smertebehandlinga. Vidare har eg vald å avgrense til pasientar innlagt på somatisk avdeling, og aldersgruppe 18-60 år. Rusmisbrukarar over 60 år vil hamne innanfor geriatri, og vil i tillegg til å ha endra resultat av legemiddelbehandling grunna rusmisbruk, og ha aldersforandringar som påverkar legemiddelbehandlinga (Olsen 2013:59). Dette er med omsyn til oppgåva sin storleik.

#### **1.5 Definisjon av sentrale omgrep**

Problemstillinga har ord som kan tolkast på ulike måtar. Ved å definere omgrep i problemstillinga, ønskjer eg å få fram kva som blir lagt i dei ulike orda, noko som bidrar til ei samla forståing om ordlyden i problemstillinga. Smerter, rusmisbrukarar, smertekartlegging og kartleggingsverktøy vil bli forklart nedanfor.

##### **1.5.1 Smerte**

Ein ofte brukt definisjon av smerte er den International Association for the Study of Pain nyttar; ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, og er alltid subjektiv” (Gjengitt av Berntzen m.fl. 2010:357).

##### **1.5.2 Kartlegging av smerte**

Smertekartlegging blir nytta for å undersøkje om ein pasient har smerter, og for å kunne planleggje, utføre og evaluere smertebehandlinga (Torvik m.fl. 2008:51). Kartleggingsverktøy kan vere eindimensjonale og fleirdimensjonale, og målar smerteintensitet eller ulike dimensjonar av smerter (Torvik m.fl. 2008:54).

##### **1.5.3 Injisierende rusmisbrukar**

Rus er noko brukaren oppnår etter inntak av kjemisk eller biologisk substans, og kan gje brukaren ein oppleving av endra stemningsleie og endra åtferd. Eit rusmiddel er ein substans, biologisk eller kjemisk, som gjev rus (Simonsen, Aarbakke og Lysaa 2003:126). Eit misbruk er når legale rusmiddel blir nytta slik at det avvik frå sosiale normer i ei gruppe, samt all bruk av illegale middel, legemiddel og løysemiddel til rusformål (Simonsen m.fl. 2003:127). Eg har vald å bruke ordet ”rusmisbruker” i oppgåva, og meiner då ein som er rusmiddelavhengig og injiserer rusmiddelet.

## **1.6 Oppgåva sin struktur**

Eg har strukturert oppgåva etter kapittel. Nokre av kapitla har eg delt vidare inn i underkapittel for å få betre oversikt. Eg har med innleiing der eg orienterer om bakgrunn for val av tema, og kva problemstilling eg har vald. I kapittel 2 har eg med teori om smerte, smertekartlegging, rusmisbruk og rusmisbruk sin verknad på smerte og smertebehandling. Kapittel 3 beskriv metoden eg har brukt. Kapittel 4 viser funna mine og kapittel 5 er drøftingsdelen, der mine funn blir drøfta og satt opp imot kvarandre. Kapittel 6 er ein oppsummering av oppgåva mi. I litteraturlista som kjem heilt til slutt i oppgåva, viser eg til anvendt litteratur.



## **2 Smertekartlegging av rusmisbrukarar**

### **2.1 Smertefysiologi**

Når vev blir skadd blir signal registrert av spesialiserte reseptorar, kalla nociseptorar, i den distale enden av nervefibrane. Nociseptive impulsar blir leda gjennom tynne, nociseptivt ledande fiber. Dei passerer uhindra til portcellane i ryggmargens bakhorn. Portcellane regulerer straumen av impulsar som slepp gjennom og vidare opp mot hjernen. I ryggmargens bakhorn blir det danna synapser med andre sensoriske nervefiber og impulsane blir ført vidare via forhornet opp til talamus, og blir då opplevd som bevisst smerte i hjernebarken (Berntzen m.fl. 2010:358-359, Jensen m.fl. 2009:20, Stubhaug og Ljoså 2008:27). I kroppen har vi smertehemmande mekanismar. Nedgåande signal frå hjerne, hypotalamus og hjernestamme kan bremse overføringa av smerteimpulsar i ryggmargen sitt bakhorn. Desse banane kan bli aktivert av innkomande smerteimpulsar og signal frå hjernen (Jensen m.fl. 2009:24-25, Stubhaug og Ljoså 2008:31). Kroppsproduserte (endogene) opioider, noradrenalin og serotonin blir brukt som signalmolekyl i desse smertehemmande banane, noko som forklarar kvifor smertehemmande mekanismar kan bli aktivert av medikament som opioider og trisykliske antidepressiva (Stubhaug og Ljoså 2008:31). Det er forskjell på nocisepsjon og smerte. Nocisepsjon er eit fysiologisk omgrep som beskriv aktivering av nerveceller som eit resultat av eit vevsskadeleg stimulus. Nocisepsjon er altså aktivitet i nociseptive nervebanar. Smerte er eit perseptuelt fenomen, ein oppleving satt saman av sensoriske, affektive og kognitive aspekt. Om ein pasient er bevisstlaus, opplev han ikkje smerter sjølv om det går for seg vevsøydelegging og nocisepsjon, og nocisepsjon treng heller ikkje vere til stades for at pasienten kan oppleve smerter (Stubhaug og Ljoså 2008:26).

### **2.2 Kartlegging av smerter**

Målet med å kartleggje smerter på ein systematisk måte er at den enkelte pasienten skal få individuell og optimal smertebehandling, og pasienten sin oppfatning av sin eigen smerte skal vere grunnlaget for denne kartlegginga (Torvik m.fl. 2008:53). Kartlegging av smerter er og nødvendig for å kunne samanlikne og evaluere effekten av ulike smertebehandlingsregime (Torvik m.fl. 2008:51). I retningslinjene til Den Norske Legeforening er smertebehandlinga sitt mål å lindre smertane til pasienten,

samt betre hans livskvalitet (Den Norske Legeforening 2009:6). Hovudmålet med sjølve smertebehandlinga skal vere klart for alle involverte; pasienten skal ha det så komfortabelt som mogleg utan unødige lidingar. For å unngå komplikasjonar bør pasienten og vere i stand til å bevege seg og til å puste godt. I tillegg skal behandlarane ha tilstrekkeleg kunnskap om biverknader av behandlinga og korleis dei skal førebyggjast og behandlas (Berntzen m.fl. 2010:362). Sjukepleiaren har eit stort ansvar når det gjeld smertebehandling. Oppgåver sjukepleiaren har er datasamling, observasjon av pasienten, administrering medikamentelle og ikkje-medikamentelle smertelindrande tiltak og evaluere effekten av desse tiltaka, og ikkje minst kartlegging og vurdering av smerter. Dette er avgjerande for å kunne gje pasienten tilfredsstillande smertelindring. I tillegg har sjukepleiaren ansvaret for det relasjonelle forholdet til pasienten og tverrfagleg koordinering og samarbeid med kollegaer (Berntzen m.fl. 2010:356). For å få kartlagt og vurdert smertane treng sjukepleiaren informasjon om smertane sin lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, varighet og kva konsekvensar dei har for funksjonsnivået (Berntzen m.fl. 2010:362). Samtidig som denne informasjonen skal hentast inn, må ein som sjukepleiar vere klar over at innsamlinga av data ikkje utelukkande må kome frå observasjon av pasienten, men og frå pasienten sin sjølvrapportering (Madsen og Skiveren 2009:365). Ein grundig og nøyaktig kartlegging av pasienten sine smerter dannar grunnlaget for å planleggje, setje i verk og evaluere ein systematisk og individuelt tilpassa smertebehandling (Berntzen m.fl. 2010:363). Å bruke smertevurderingsverktøy er viktig for å gjere kartlegginga systematisk og valid (Berntzen m.fl. 2010:362). Vurderingane blir systematisk utført og er samanliknbare frå gong til gong (Berntzen m.fl. 2010:363). Utan å få ein presis beskriving av smertane som kan bli attgjeven i ettertid, er det vanskeleg å måle om det er effekt av smertebehandlinga (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:53). I tillegg blir dokumentasjonen og rapporteringa til legane meir nøyaktige, noko som kan gje dei eit betre grunnlag for å ta slutningar og forordne smertebehandling tilpassa den enkelte pasient sitt behov (Berntzen m.fl. 2010:363). Smertevurderingsskjema/skalaer kan delast i to grupper: eindimensjonale og fleirdimensjonale. Visuell analog skala (VAS) og visuell numerisk skala (NRS) er eindimensjonale skalaer som måler smerteintensiteten, og fleirdimensjonale skalaer måler både smerteintensiteten og korleis smerten påverkar pasienten. Smerteskalaer er pålitelege og enkle, og dei fleste pasientar forstår dei med ein gong. Sjølv om dei er lett å forstå, er det viktig at sjukepleiaren informerer og forsikrar seg at pasienten

forstår kva som er hensikta med skalaen, og korleis den blir brukt i smertebehandlinga (Berntzen m.fl. 2010:362-364).

Utfordringa med smertekartlegging blir vist i forskning om temaet, nemleg at det er ulikheiter i korleis helsepersonell og pasienten vurderer smertane. Helsepersonell har ein tendens til å måle pasienten sine smerter vesentleg lågare enn pasienten sjølv, noko som viser kor viktig det er at kartlegginga blir basert på pasienten sin rapportering så lenge han er i stand til det (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:51, Torvik m.fl. 2008:54). Som nemnd i definisjonen er smerte subjektivt. Sjukepleiaren kan derfor ikkje verifisere eller etterprøve kor sterke smerter pasienten faktisk har, og kan strengt tatt ikkje vite om pasienten faktisk har smerter eller simulerer. Sjukepleiaren har valet mellom å tru på det pasienten seier som sine smerter og ha tillit til han, eller å tvile på opplevinga hans. Om sjukepleiaren har mistillit til pasienten kan dette bli ein barriere i smertebehandlinga (Berntzen m.fl. 2010:356). Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell er ein føresetnad for god smertelindring. Ikkje berre må sjukepleiaren og legen ha tillit til pasienten sin oppleving av smertane, men pasienten må og ha tillit til at sjukepleiaren og legen ønskjer å hjelpe han (Berntzen m.fl. 2010:362).

### **2.3 Rusmisbruk**

Dei offisielle diagnosesystema til verdens helseorganisasjon, International Classification of Diseases (ICD), og det amerikanske Diagnostics and Statistics Manual (DSM) har definert både avhengigheit og misbruk eller skadeleg bruk av rusmiddel som diagnosar. Enkelte kriterium krevs for at diagnose skal bli stilt, og handlingane må ha skjedd i løpet av 12 månader. Døme på nokre av desse kriteria er sterk trong eller kjensle av tvang til å ta substansen, tap av kontroll, endra preferanse i favør av rusing, utvikling av psykisk eller fysisk sjukdom sekundært til rusbruken, toleranse slik at det er behov for større dosar for å oppnå ønska verknad, mislykka forsøk på å redusere eller endre bruken, og abstinensreaksjonar når substansen ikkje blir inntatt (Evjen, Kielland og Øiern 2012:61, Fekjær 2008:224). Avhengigheit kan oppstå etter ein til to veker med jamn tilførsel av stoffet (Evjen m.fl. 2012:69).

Opioider er ein fellesnemning på alle stoff som verkar på opioidreseptorane i kroppen. Dette omfattar både dei endogene stoffa, slik som endorfiner, og dei som er syntetisk

framstilt. Opiat er utvunne av opiumsvalmuen, og er ei undergruppe av opioider (Berg 2001:14). Stimulering av opioidreseptorane har vist å heve smerteterskelen og påverke reguleringa av stressoppleving med langsamare puls og respirasjonsfrekvens (Berg 2001:14). Råopium gir grunnlaget til produksjon av dei aktive stoffa morfin og kodein, som begge er effektive middel mot sterke smerter. Morfin blir ofte nytta som behandling på sjukehus, ved narkose og som postoperativ smertelindring. Heroin blir framstilt av morfin ved ein kjemisk prosess, og er eit kjend misbruksstoff (Bratteteig, Hove og Aakerholt 2010:24-25). I kroppen blir heroin omdanna til 6-acetyl-morfin og deretter vidare til morfin. Etter 3-5 timar er plasmakonsentrasjonen av morfin nede i det halve, og sprøytemisbrukarar har følgjeleg varierende konsentrasjonar i kroppen (Fekjær 2008:384). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har skreve ein rapport om rusbruk i Norge i 2014. I denne rapporten er det nye retningslinjer som beskriv ”høg risiko rusbruk” og fokuserer på gjentakande rusbruk som forårsakar negative konsekvensar på personen, inkludert avhengigheit og andre helse-, psykiske og sosiale problem, eller utsett personen for risiko for slike skadar. Eit av desse rusmidla er heroin, som ifølge rapporten ofte blir kategorisert som det mest skadelege rusmiddelet på bakgrunn av risiko for dødsfall hos brukaren, sjølv om andre opioider, både naturlege og syntetiske, kan og bli misbrukt og forårsake død og helseproblem (SIRUS 2015:29).

#### **2.4 Rusmisbruk og påverknad av smerter**

Alvorleg rusmiddelmisbruk inneber ein betydeleg auka sjukelegheit av somatiske og psykiske sjukdommar. Høgast er dødelegheita ved heroinmisbruk, spesielt ved injeksjon (Evjen m.fl. 2012:80). Dette gjev ein auka risiko for innlegging på sjukehus, og her har rusmisbrukarar eit like stort krav på adekvat smertelindring som andre pasientar, sjølv om det kan vere ei utfordrande pasientgruppe å smertelindre (Blay m.fl. 2012:289, Den Norske Legeforening 2009:7). Årsakar identifisert som kan bidra til at dette er ei utfordring er frykt for avhengigheit blant helsepersonell, mangel på kunnskap om smertelindring, stigma kring opiatbruk, samt at sjukepleiarar sine haldningar om pasienten sin smerterapport kan resultere i utilfredsstillande smertekartlegging og smertebehandling (Morgan 2006:32, Morgan og White 2009:41). I tillegg er fysiologiske og psykiske reaksjonar som toleranse, opioidindusert hyperalgesi, abstinens og avhengigheit med på å gjere

smertebehandling av denne pasientgruppa utfordrande, og dette kan og resultere i at pasienten sine smerter blir undervurdert og underbehandla (Jewell m.fl. 2011:32, Krokmyrdal og Andenæs 2015:789-790, Morley, Briggs og Chumbley 2015:702). Mange rusmisbrukarar har i tillegg ofte dobbeltdiagnosar, altså at psykiske lidingar opptrer samtidig med rusavhengigheita, som igjen kan vere ei utfordring når det gjeld smertebehandling (Den Norske Legeforening 2009:33).

#### **2.4.1 Toleranse**

Toleranse er ein tilstand der kroppen tilpassar seg å ha blitt eksponert for eit stoff over tid, og denne tilpassinga resulterer i at stoffet får ein redusert effekt. Sjukepleiaren kan mistenke at pasienten har toleranse dersom han viser behov for auka doser med opioider over tid for å oppretthalde det same nivået av smertelindring (DuPen, Shen og Ersek 2007:113). Dette skjer fordi eksponering for opioider over lengre tid forårsakar nervefysiologiske forandringar som reverserer den analgetiske effekten (Pasero og McCaffery 2012:46). Doseringa av opioid ved akutte smerter må etter kvart bli justert for å gje god nok verknad. Ved høg toleranse blir andre legemiddel nytta for å redusere behovet for opioider (Berntzen m.fl. 2010:377-378). Mange trur at det berre er opioider som er effektive når det gjeld smertelindring. Å informere pasienten godt og gje store dosar av ikkje-opioid analgetika kan vere sær effektivt (Den Norske Legeforening 2009:33).

#### **2.4.2 Opioidindusert hyperalgesi**

Opioidindusert hyperalgesi (OIH) skjer når langvarig bruk av opioider resulterer i ein paradoks auke i atypisk smerte som tilsynelatande ikkje er relatert til der den nociseptive stimulusen kjem frå, og reduserer evna til å handtere akutt smerte (Blay m.fl. 2012:290, DuPen m.fl. 2007:113). Intracellulære nervemekanismar, slik som nedregulering og reduksjon i sensitiviteten i opioidreseptorane, blir pårekna å vere dei underliggande mekanismane bak (DuPen m.fl. 2007:113), samt svekka produksjon av endogene opioider i hjernen, slik som endorfiner (Berg 2001:14). OIH visar seg klinisk som hyperestesi, til dømes dramatisk auka sensitivitet ved smertefull stimuli, og/eller allodini, smerte forårsaka av eit vanlegvis ikkje-smertefull stimuli (DuPen m.fl. 2007:116). Sjukepleiaren kan mistenkje hyperalgesi når repeterte og auka dosar av opioid ikkje gjev den forventa smertestillande effekten, når det er ein uforklarlig forverring i smerter etter auke i dosen av opioid (DuPen m.fl. 2007:118), eller når smertebehandling med opioider fører til auka smerte eller auka sensitivitet ovanfor

smerte over tid (Pasero og McCaffery 2012:46). På grunn av auka smerter, redusert smerteterskel og auka oppleving av smerter resulterer OIH i behov for auka doser av smertestillande for å oppnå adekvat smertelindring (Bratteteig m.fl. 2010:25, DuPen m.fl. 2007:117). I denne situasjonen er det viktig at sjukepleiaren har tillit til pasienten og trur på han når han seier at han har auka oppleving av smerter og forsøker å bidra til at smertebehandlninga blir tilpassa situasjonen pasienten er i (Berntzen m.fl. 2010:356).

I følgje Pasero og McCaffery har OIH blitt identifisert ein klinisk realitet, sjølv om den kliniske betydninga av OIH er ukjend. OIH står fram som ein alvorleg, men relativt sjeldan konsekvens av administrering av opioider. Ein antar at OIH kan vere resultatet av forandringar i det sentrale og perifere nervesystemet, som stimulerer mekanismar i smerteprosessen, som fører til auka overføring av nociseptive signal (Pasero og McCaffery 2012:46). Den vanlege strategien å nytte for å førebyggje eller behandle hyperalgesi, er å identifisere problemet tidleg. Ein bør utnytte moglegheitene for annan type smertelindring enn intravenøse opioider, slik som regionale anestesiteknikkar, epidural eller nerveblokader, sårinfiltrasjon med lokalanestesimiddel og bruk av ikkje-opioide smertestillande middel (Berntzen m.fl. 2010:377), så vel som ikkje-medikamentelle tiltak slik som varme- eller kuldebehandling og fysisk trening (DuPen m.fl. 2007:117, Jewell m.fl. 2011:35). Denne tilnærminga er hjørnesteinen i det ”opioid-sparande” prinsippet, som har som mål å minimere dosen av opioid samtidig som pasienten får optimal smertelindring (DuPen m.fl. 2007:117). OIH kan ikkje bli reversert med å nytte ein opioid antagonist (Pasero og McCaffery 2012:48). Ein anna moglegheit er opioidrotasjon, altså at dosen til det originale opioidet blir redusert, og eit anna opioid blir introdusert. Dette kan vere effektivt fordi dei ulike opioidene kan ha ein individuell verknad og fordi krysstoleranse på reseptornivå er ufullstendig. Dette kan resultere i reduksjon i mengde opioid som trengs for ein tilfredstillande analgetisk effekt (Kongsgaard, Bell og Breivik 2005:2808, Pasero og McCaffery 2012:48).

### **2.4.3 Abstinens**

Opioider er svært avhengighetsskapande. Når kroppen først er tilvent opioider, vil det oppstå psykiske og fysiske abstinenssymptom når stoffet blir tatt vekk eller gitt i svært låge dosar. Om dosen av opioider har vore veldig stor, vil abstinenssymptoma også vere veldig kraftige når stoffet ikkje lengre blir tilført (Bratteteig m.fl. 2010:25).

I tillegg vil pasientar oppleve auka smerter fordi dosen er mindre enn dei er vant med. Smerter relatert til abstinens kan kome brått dersom opioidet er korttidsverkande, eller gradvis om opioidet er langtidsverkande (Pasero og McCaffery 2012:48). Sjukepleiaren kan observere etter abstinens ved å sjå etter lette symptom som tårerflod, rennande nase, gjesping, nysing, sveitning, hevelse i slimhinnene og rastlause. Dilaterte pupillar, muskel- og magesmerter, redusert matlyst, brekningar, diaré, takykardi og skjelving er rekna som sterkare symptom (Berntzen m.fl. 2010:378). Dei held seg på det verste 24-48 timar ved brå avslutning og går gradvis over i løpet av 10-20 dagar (Bratteteig m.fl. 2010:25). Dersom dosen med opioider blir auka vil smertane bli betre, noko som skil abstinens frå OIH (Pasero og McCaffery 2012:48). Ved å bekrefte at pasienten har abstinensar, kan sjukepleiaren dokumentere og vidareformidle dette, slik at dei får både sitt basalbehov for opioider dekt for å unngå desse abstinensane, i tillegg til å dekke det akutte tilleggsbehovet for smertelindring (Berntzen m.fl. 2010:377). Pasientar som misbrukar rusmiddel, må som andre pasientar oppleve at smerteopplevinga deira blir tatt på alvor. Pasienten må få klar beskjed om at sjukehuset skal gje eit profesjonelt og adekvat behandlingstilbod både for den somatiske sjukdommen og rusproblemet under innlegginga. Basisdoseringa hindrar utvikling av abstinens, medan den akutte smerten må bli behandla i tillegg (Berntzen m.fl. 2010:377). WHO har utarbeidd generelle prinsipp for behandlingssopplegg til smertepasientar med alvorleg stoffmisbruk, som inneber ei tverrfagleg tilnærming, at pasienten skal ha behandlingsplan og vurdering etter faste retningslinjer. I tillegg bør forholdet til pasienten bli basert på empatisk lytting. Pasienten sin oppleving av plagene må bli akseptert. Det bør bli brukt ikkje-opioid og ikkje-medisinske tilnærmingar der det er mogleg, men ikkje i staden for korrekt smertebehandling (Berntzen m.fl. 2010:377, Jewell m.fl 2011:35).

## **2.5 Joyce Travelbee om smerter**

Eg har sett nærare på kva ulike sjukepleieteoretikarar har sagt om omgrepet smerte. Travelbee sine tankar om smerter og behandling av smerter har mykje til felles med det eg skriv om, i tillegg til at hennar menneskesyn er relevant for å belyse problemstillinga. I følgje Travelbee er lidning ein felles livserfaring som alle menneske opplev. Alle vil i løpet av livet stå ovanfor sjukdom og smerte, enten den er psykisk, fysisk eller åndeleg (Travelbee 2001:98). Lik sjukdom er smerte eit vagt omgrep,

fordi den ikkje let seg observere, det er berre verknaden av den vi registrerer. Travelbee seier at smerte og lidning er einsame erfaringar, fordi smerteerfaringa er så vanskeleg å formidle til andre på ein slik måte at andre fullt forstår kva den går ut på. Av same årsak er det vanskeleg å vurdere grad og intensitet av andre sin smerte. Reaksjonen frå andre rundt den som har smerter, har truleg mykje å seie for han. Dette kan vere både til hjelp og hinder for dei som har utfordringar med å mestre situasjonen (Travelbee 2001:112-114). Vidare har Travelbee eit menneskesyn som baserer seg på at kvart enkelt menneske er unikt og uerstatteleg, og er forskjellige frå alle andre som har levd eller kjem til å leve (Travelbee 2001:54). Ho definerer sjukepleie som

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2001:29).

Det er viktig å sjå menneske som personar, ikkje som pasientar eller rusmisbrukarar. Menneske med eit rusmisbruk er i utgangspunktet sårbare for stigmatisering, og kan bli underbehandla for smerter på bakgrunn av holdningar sjukepleiaren har. Eg meiner Travelbee sitt syn på menneske er relevant når det gjeld å bygge ein relasjon med menneske med rusmisbruk, og ho viser til gode prinsipp å følgje når det kjem til samhandling med pasientar.



## **3 Metode**

### **3.1 Val av metode**

Metode fortel noko om korleis ein bør gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012:111). Aubert formulerer ein metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Gjengitt av Dalland 2012:111).

Metoden hjelp med å samle inn data. Ein kan velje kvantitative eller kvalitative metodar. Dei kvantitative metodane gjev data i form av målbare einingar. Dei kvalitative metodane fangar opp ei meining eller oppleving som ikkje er målbart eller kan visast i tal (Dalland 2012:112). Eg ønskte å finne mest mogleg data og eit godt breiddeutval av litteratur om dette emnet. Sidan det fins mykje forskning og litteratur på smertebehandling av rusmisbrukarar, kom eg fram til at å gjere eit litteraturstudie kom var beste metoden for å få til dette. Litteratursøk er ein viktig del av eit litteraturstudie, då det er med på å vise kva andre har skreve om temaet (Hørmann 2015:38).

### **3.2 Førforståelse**

Mitt inntrykk av injiserande rusmisbrukarar som pasientar er at dei opplev å ikkje bli tilstrekkeleg smertelindra, og eg har i løpet av studiet lært at sjukepleiarar ofte ikkje gir pasientane tilstrekkeleg smertelindring på bakgrunn av frykt for overdosar og avhengigheit. Gjennom studiet har det vore stort fokus på smertelindring, spesielt i emnet om sjukepleie til pasientar som har behov for kirurgisk behandling. Dette har vore med på å forme min førforståelse.

### **3.3 Litteratursøk**

Det fins fleire metodar innanfor eit litteratursøk. Eksempel på tre av desse som eg har nytta, er bevisst tilfeldig søk, kjedesøk og systematisk søk.

Eit bevisst tilfeldig søk kan innebere å gå langs hyllane på biblioteket for å finne relevant litteratur (Hørmann 213:37), noko eg gjorde då eg såg gjennom seksjonen for farmakologi, smerte og rus, for å finne litteratur til min teoridel. I kjedesøk tek ein utgangspunkt i ein allereie kjend artikkel som omhandlar det emnet ein skal skrive

om, og ser på kjeldene til denne og ser om det er noko ein kan nytte seg av. Deretter ser ein på desse artiklane sine kjelder, og på denne måten får ein laga kjeder ut av den første artikkelen. Å bruke kjelder som andre har nytta kan og gje ein viss kvalitetskontroll. Ved eit systematisk søk kan ein ved hjelp av databaser finne det nyaste av litteratur som er skrevet om eit emne. Systematikken består i å finne relevante søkeord, kombinere dei på riktig måte og søke i relevante databaser (Hørmann 2013:37).

Eg hadde ulike søkeord som eg meinte var aktuelle, og desse blei kombinert for å finne artiklar eg kunne nytte. Eg gjorde to hovudsøk, der det siste søket var med ganske mange søkeord for å få med flest moglege artiklar. Eg nytta Cinahl på desse søka, då det er ein søkemotor eg er kjend med frå før. Ved å bruke boolske operatorer som *og*, *eller* og *ikkje*, fekk eg kombinert dei ulike orda (Hørmann 2013:39). Lenger ut i prosessen la eg til fleire ord til søket, for å finne fleir artiklar. Eg nytta desse søkeorda i litteratursøket mitt:

- Nurs\*
- Drug addict\* OR substance abuse\* OR opioid addiction OR opioid abuse
- Pain evaluation OR pain management OR pain assessment OR pain reduction OR pain relief OR analgesia
- Attitude\* OR competence OR stigma OR beliefs OR dispositions OR education OR knowledge
- Hospital

### 3.3.1 Tabell 1: Eksempel på søk 15.02.16

Cinahl 12.02.16	Søkeord	Antall treff
1	Nurs*	1 194 078
2	Drug addict* OR substance abuse*	52 761
3	Pain management OR pain evaluation OR pain assessment OR pain reduction OR pain relief OR analgesia	82 492

4	Attitude* OR stigma*	252 584
5	Hospital	794 848
6	1 AND 2 AND 3	1 688
7	1 AND 2 AND 3 AND 4	808
8	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	696

Eg avgrensa med å berre vise artiklar som var peer reviewed, artiklar på engelsk og årstal frå 2005 til 2016. Eg kom då ned til 156 artiklar, der eg fann 10 som var innanfor mine inklusjonskriterium.

### 3.3.2 Tabell 2: Eksempel på søk 15.02.16

Cinahl 15.02.16	Søkeord	Treff
1	Nurs*	1 194 169
2	Drug addict* OR substance abuse* OR opioid addiction* OR opioid abuse*	50 999
3	Pain evaluation OR pain management OR pain assessment OR pain reduction OR pain relief OR analgesia	263 517
4	Attitude* OR competence OR stigma OR beliefs OR dispositions OR education OR knowledge	931 559
5	hospital	794 930
6	1 AND 2 AND 3 AND 4	4053

Eg avgrensa med å berre vise artiklar frå 2010-2016, artiklar som var peer reviewed, og kombinerte søket med ordet ”hospital”, og fekk 533 treff. Av desse møtte 10 mine inklusjonskriterium.

Etter to hovudsøk hadde eg 20 artiklar som møtte mine inklusjonskriterium.

### **3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterium**

Mine kriterium for val av artiklar var at dei skulle

- Omhandle injiserande rusmisbrukarar under behandling i sjukehus.
- Vere publisert etter 2005, fordi det fins mykje forskning på temaet, og å avgrense på årstal vil vise tidsrelevante artiklar.
- Vere peer reviewed

Eksklusjon:

- Pasientar med kroniske tilstander som misbruker legemiddel som er reseptbelagt
- Rusmisbrukarar som nyttar rusmiddel som ein ikkje injiserer
- At artiklane er eldre enn 2005
- Artiklar som omhandlar medikamentell smertebehandling av rusmisbrukarar med ein farmakologisk vinkling
- Artiklar som omhandlar behandling av rusavhengigheit og hindring av tilbakefall
- Smertebehandling av rusmisbrukarar i primærhelsetenesta

### **3.5 Analyseprosessen**

Om temaet eg har vald fins det mykje litteratur. Både når det gjeld smerter, smertekartlegging og smertebehandling, rus og rusmisbruk, og smertelindring av rusmisbrukarar. Eg såg på gyldigheit, haldbarheit og relevans for den problemstillinga eg har vald (Dalland 2012:73).

Då eg las artiklane hadde eg framme problemstillinga mi, så eg var fokusert på at eg skulle hente ut det som belys denne ut frå det eg las. Eg las artiklane systematisk og skreiv ned det som kan påverke sjukepleiaren sin kartlegging av smerter. Eg ende opp med fem artiklar. Eg starta med ein artikkel, og skreiv ned punktvis kva mitt hovudinntrykk av funn var, og jobba meg på same måte gjennom dei andre artiklane. Det eg fann var at stereotypiske haldningar, kunnskapsmangel, rutinar ved bruk av smertekartleggingsverktøy, undervurdering av pasienten sine smerter, samt vegring mot å gje opioider, var faktorar som sto fram i dei fleste artiklane som faktorar for kva som spelar inn på sjukepleiaren sin kartlegging av smerte hos rusmisbrukarar.

### 3.5.1 Tabell 3: Analysetabell

Artikkel	Stereotypiske haldningar	Mangel på kunnskap	Bruk av kartleggings-verktøy	Undervurdering av pasienten sine smerter	Vegring mot å gje opioider
1	X	X	X	X	X
2	X	X		X	X
3	X	X		X	
4	X	X	X	X	X
5	X			X	

### 3.6 Kjeldekritikk

Fleire av artikkelforfattarane har skreve at rusmisbrukarar har oftare kontakt med helsevesenet enn den generelle befolkninga, men det kjem ikkje fram kor ofte dei faktisk er innlagt. Når det gjeld Noreg og statistikk på rusmisbrukarar innlagt i sjukehus, er det lite tal å finne. Det fins statistikk på narkotikarelaterte dødsfall, kor ofte lokale lågterskeltilbod blir nytta, og innleggingar i spesialisthelsetenesta for behandling for enten avhengigheit eller psykiske lidingar, men ikkje for innleggingar grunna somatikk. I enkelte studiar er det lagt fram tal på dette, men dette er frå land som USA, Canada eller Australia, og her kan kulturelle skilnader frå Noreg spele inn på kor stor overføringsverdi dei har. Ein kan derfor stille spørsmål om det er eit behov for å forske meir på dette, for å få finne eksakt statistikk.

Ein av artiklane i mine funn var ikkje satt opp etter ein Imrad-struktur. På tross av dette valde eg å ta den med, fordi eg fann den relevant for oppgåva.

Ein anna artikkel hadde berre fem personar i utvalet, noko som kan avgrense resultatet til studien.

Det fins mange artiklar om korleis smertebehandling hos rusmisbrukarar er ei utfordring. Mi problemstilling var at eg ville finne ut kva for faktorar som påverkar korleis sjukepleiarar kartlegg smerte hos injiserande rusmisbrukarar. Eg fann ingen artiklar som hadde dette som hovudfokus, men ein del artiklar nemnde kort kartlegging av smerte, og i artiklane var kartlegging ein del av smertebehandlinga. Mange faktorar som påverkar smertebehandling blei nemnd, og desse vil og påverke smertekartlegginga, då dette vil gå noko inn i kvarandre.

Fleire av artiklane omtalar pasientar avhengige av opioider framfor rusmisbrukarar. Eg har avgrensa mi problemstilling til å omhandle injiserande rusmisbrukarar med heroin som primærkjelde for rus. Sidan heroin er eit opioid, meiner eg fleire av desse artiklane er relevante. Dette er fordi dei omtalar avhengigheita i seg sjølv, ikkje grunnlaget for avhengigheita, til dømes kronisk smerteproblematikk.

Enkelte studiar skriv om sjukepleiaren sin kompetanse om smertebehandling. Krokmyrdal og Andenæs sin studie baserer seg på spørjeundersøkingar og spørjeskjema og ein eigenvurdering av kompetanse. Her er det sjukepleiaren sin subjektive vurdering om deira sin kompetanse, ikkje kor kompetent andre meiner dei er, som er tatt med. Sidan kompetanse er vanskeleg å måle, kan artiklar som omhandlar kompetanse og kunnskap vere eit resultat av at sjukepleiaren undervurderer eller overvurderer kompetansen sin, noko som kan vere ein svakhet i artikkelen.

### **3.7 Ethiske overveiningar**

Eg er bevisst min førforståelse, og eg har lagt egne holdningar til side, og har vore open og bevisst i mitt søk. Eg har ikkje leita etter artiklar på bakgrunn av kva eg ønskjer å finne, men på grunnlag av relevante søkeord. Eg har ikkje ekskludert resultat i funna fordi det ikkje ga dei resultata eg ønskje eller såg for meg.

Mine funn er satt saman av artiklar frå ulike land og kulturar, og har eit ulikt utval. Dette kan gjere at nokre av funna kan ha svakheiter i form av ulikt antal i utvalet og ulike konklusjonar.

## 4 Funn

Tittel/Forfattar/år	<i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i> Li m.fl. (2012).
Hensikt	Kartlegge helsepersonell sine handlingar, kunnskap og haldningar til opioidavhengige med smerter innlagt i norske sjukehus (Li m.fl. 2012:252).
Utval	274 sjukepleiarar og 38 legar ved kirurgisk, medisinsk, intensiv- og anesthesiavdelingar ved fire sjukehus i Noreg.
Metode	Spørjeskjema i beskrivande tverrsnittsdesign med eit hensiktsmessig utval.
Hovudfunn	Manglande kunnskap om korleis opioidavhengigheit påverkar smertebehandling, dårlege rutinar og helsepersonell sine stereotypiske haldningar, er viktige årsaker til utilstrekkeleg smertelindring hos rusmisbrukarar.

Tittel/Forfattar/år	<i>Nurses` competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study</i> Krokmyrdal og Andenæs (2015).
Hensikt	Å utforske ein norsk pilotstudie som undersøker sjukepleiarar sin kunnskap om smerte og kompetanse i å behandle smerter hos pasientar som misbrukar opioidar.

Utval	64 sjukepleiarar ved medisinsk avdeling og 34 sjukepleiarar ved ortopedisk avdeling på to offentlege norske sjukehus.
Metode	Spørjeskjema
Hovudfunn	Faktorar som haldningar, mangel på kunnskap og mangel på kompetanse når det gjeld å evaluere smerte påverkar smertebehandlinga av rusmisbrukarar.

Tittel/Forfattar/år	<i>Substance users` perspective of pain management in the acute care environment</i> Blay m.fl. (2012).
Hensikt	Å utforske rusmisbrukarar sitt perspektiv på deira sin smertebehandling ved sjukehusinnlegging.
Utval	27 aktive rusmisbrukarar eldre enn 18 år innlagt på sjukehus via akuttmttak.
Metode	Spørjeundersøking.
Hovudfunn	Myter, misforståingar, avgrensa kunnskap og helsepersonell sin haldningar mot rusmisbrukarar kan påverke smertebehandling og omsorg som blir gitt.



Tittel/Forfatar/år	<i>Nurses` experiences of patients with substance use disorder in pain: A phenomenological study</i> Morley m.fl. (2015).
Hensikt	Å utforske potensielle barrierar mellom sjukepleiarar og pasientar med rusavhengigheit, og kvifor smertebehandling kan bli påverka av dette.
Utval	5 sjukepleiarar med variert klinisk bakgrunn med erfaring med å arbeide med rusmisbrukarar som pasientar.
Metode	Intervju.
Hovudfunn	Stereotypiar og stigma av rusmisbrukarar er til dels til stade blant sjukepleiarar, og blir ofte opplevd som ”utfordrande/vanskeleg – difficult” og med ”dårlig etterleving – noncompliance” av eigenomsorg. Fleire av sjukepleiarane var klar over kliniske faktorar som skil rusmisbrukarar frå andre pasientar, som toleranse og OIH.

Jewell m.fl. 2011: Identification and management of perscription opioid abuse in hospitalized patients.

Hovudfunn: Sjukepleiarar sine haldningar kan vere ei barriere mot tilstrekkeleg smertebehandling hos pasientar med opioidavhengigheit.

#### **4. 1 Stereotypiske haldningar**

Sjukepleiarar har ofte ei haldning om at pasientar med rusmisbruk overdriver kor sterke smertane er, er uærlege når dei beskriv effekten av medikamentell behandling og gjev ei uriktig framstilling av deira sin smerteoppleving, noko som indikerer at

sjukepleiarane si haldning til denne pasientgruppa har ein tendens til å vere negativ (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793). Sjukepleiarar sitt syn på rusmisbruk og rusmisbrukarar kan ofte vere moralistiske og stereotypiske, noko som kan påverke pleien denne pasientgruppa får, då personlege meiningar kan negativt påverke evna til å utøve omsorg for pasientar med eit rusmisbruk (Blay m.fl. 2012:290, Jewell m.fl. 2011:33, Krokmyrdal og Andenæs 2015:793). På tross av dette uttrykte fleire av deltakarene i studiet ei meining om at alle rusmiddelavhengige ikkje er like, og det krevs ei holistisk tilnærming (Morley m.fl. 2015:708).

#### **4.2 Mangel på kunnskap**

Haldningar, mangel på kunnskap og mangel på kompetanse relatert til å evaluere smerte, påverkar smertebehandlinga av rusmisbrukarar (Blay m.fl. 2012:290, Krokmyrdal og Andenæs 2015:792). Det er vist svakheit i sjukepleiarar sin kompetanse til å evaluere og behandle smerter hos pasientar med eit rusmisbruk. Desse svakheitene kan vere at mange sjukepleiararar ikkje er klar over at auka opioid toleranse og auka smertesensitivitet er konsekvensar av opioid-avhengigheit (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793).

#### **4.3 Undervurdering av pasienten sine smerter**

Mangel på profesjonell kompetanse hos sjukepleiarar kan bidra til utilstrekkeleg smertelindring fordi dei ofte ikkje trur på rapporteringa av smerter frå pasientar som brukar opioider (Krokmyrdal og Andenæs 2015:790, Li m.fl. 2012:257, Morley m.fl. 2015:701). Tidlegare studiar har vist at sjukepleiarar har ein tendens til å evaluere rusmisbrukarar sin smerte som mindre intens samanlikna med andre pasientgrupper (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793). Sjukepleiarar kan mistru pasienten sin rapportering av smerte og tru at dei er ute etter rus (Blay m.fl. 2012:290, Li m.fl. 2012:259, Morley m.fl. 2015:702).

#### **4.4 Rutinar for bruk av smertekartleggingsverktøy**

Ein fjerdedel av deltakarane i studien til Li m.fl. svarte svært ofte eller ganske ofte på bruk av smertekartleggingsverktøy (23,2 prosent) (Li m.fl. 2012:256). Sjeldan bruk av kartleggingsverktøy kan sjåast i forbindelse med manglande rutinar, men kan og bli

knytt til stigmatiserande, moralistiske og negative haldningar som helsepersonell kan ha til opioidavhengige (Li m.fl. 2012:258).

#### **4.5 Vegring mot å gje opioider**

Sjukepleiarar kan vegre seg mot å gje opioider fordi dei er redd for å ”trigge” ein opioidavhengigheit (Jewell m.fl. 2011:34). Krokmyrdal og Andenæs fann at ein tredjedel av sjukepleiarane i studien trudde at opioid nytta i smertebehandlinga bidrog til pasienten sin avhengigheit, og at dette er ein barriere til smertelindring og kan hindre dei i å administrere opioider (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793).

## 5 Drøfting

Mi problemstilling er ”*Kva faktorar påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerte hos rusmisbrukarar?*”. I drøftinga vil eg belyse problemstillinga med teori, litteratur og egne erfaringar. Eg har vald å trekke mine funn frå forskingsartiklane direkte inn i drøftinga og sette dei opp i underkapittel etter det eg ser på som hovudfunn, og eg har vald å ta utgangspunkt i analysetabellen. Dette gjev meir oversikt, og er hensiktsmessig med tanke på oppgåva sin storleik.

### 5.1 Stereotypiske haldningar

Rusavhengigheit har gått frå å tidlegare bli forstått ut frå eit sosialpsykologisk perspektiv med fokus på individet i ein sosial situasjon, til å bli sett slik vi ser det i dag, ut frå eit biologisk perspektiv, der biologiske årsakar gjev grunnlaget for avhengigheit (Li m.fl. 2015:258). På tross av denne endringa, føreligg det enda haldningar om at rusavhengigheit er sjølvforskyldt. Helsepersonell sine haldningar påverkar den behandlinga dei gjev. Studiar viser at helsepersonell er lite villige til å bruke tid på pasientgrupper rekna for å vere sjølvforskyldt sine lidningar (Li m.fl. 2012:258), og pasientar med rusavhengigheit står ikkje berre i fare for å bli stigmatisert, men og for å møte stereotypiar (Morley m.fl. 2015:703). I mine hovudfunn kjem det fram at mange sjukepleiarar har negative eller stereotypiske haldningar mot rusmisbruk og rusmisbrukarar, og at dette kan ha ein negativ innverknad på deira smertebehandling når dei er innlagt i sjukehus, i tillegg til å påverke den generelle omsorga dei tek imot, og kan derfor gjere smertebehandlinga ikkje-optimal (Blay m.fl. 2012:290, Jewell m.fl. 2011:33, Li m.fl. 2012:252, Morley m.fl. 2015:701). Morley m.fl. avdekka i sin studie at dei vanlegaste stereotypiske haldningane om rusmisbrukarar var at dei er voldelege, uhygieniske, farlege, skumle og av svak karakter (2015:703). Å stereotype andre menneske visar seg å påverke den omsorga som blir utøvd. Det er vist at det er negativ samanheng mellom sjukepeiarar sine stereotypiar og deira sin faktiske oppførsel (Morley m.fl. 2015:702). Det å ha negative eller stereotypiske haldningar mot andre meiner eg er i strid med korleis Travelbee meiner vi skal vere mot våre medmenneske, nemleg at vi skal sjå andre menneske som unike individ ulike alle andre, ikkje som grupper av menneske som ikkje passar innanfor ein viss standard. Sjølv om mange studiar har bekrefta at

sjukepleiarar har ein tendens til å ha negative haldningar og stigma mot rusmisbrukarar, har mange av studiane vore av ein kvantitativ art, og har ikkje derfor ikkje utforska potensielle årsakar bak dei negative haldningane (Morley m.fl. 2015:702). Sjukepleiarar med stereotypiske synspunkt mot pasientar med rusavhengigheit oppfatta sin eigen kvalitet på omsorg utøvd til å vere lågare, medan meir positive haldningar er assosiert med sterkare intensjonar til å utøve omsorg av god kvalitet (Morley m.fl. 2015:703). Med andre ord kan sjukepleiarar med negative haldningar mot rusmisbrukarar utøve omsorg av låg kvalitet, noko som ikkje gagnar pasienten, eller i det lange løp, sjukepleiaren.

Andre studiar som omhandlar sjukepleiarar sine haldningar mot rusmisbrukarar viser at sjukepleiarar oppfattar det å pleie pasientar med rusrelaterte problem som ein vanskeleg og ubehageleg erfaring, og det å ha ein profesjonell relasjon til denne pasientgruppa er utfordrande (Krokmyrdal og Andenæs 2012:790). Dette blei og eit resultat av Morley m.fl. sin studie om barrierar mellom sjukepleiarar og pasientar med rusavhengigheit som opplev smerte. Fleire av dei deltakande sjukepleiarane nytta ordet ”vanskeleg”, både som ein beskriving av pasientar med rusavhengigheit med smerter, og pasientar som bidrog til ein ”vanskeleg” situasjon. Dei deltakande sjukepleiarane forklarar situasjonar der dei oppfatta pasientar med rusavhengigheit og smerter som vanskeleg, manipulerande, aggressiv, ikkje-etterlevande av behandlinga, mistenksame, uhygieniske og generelt utfordrande (Morley m.fl. 2015:704). Når stereotypiske eller negative haldningar påverkar sjukepleiarens utøving av smertebehandlinga til pasienten, må ein og kunne anta at det og påverkar kartlegginga av smerter, på bakgrunn av at smertekartlegging er ein sentral del av smertebehandlinga. Sidan kartlegging av smerter skal gjere at den enkelte pasient får ein individuell og optimal smertebehandling (Berntzen m.fl. 2010:363), kan dette gå utover smertelindringa til rusmisbrukarar med smerter på ein negativ måte sidan kartlegginga har blitt påverka. Måtar kartlegginga kan bli påverka på, er at det ikkje blir gjort like ofte og strukturert, og at sjukepleiaren oppfattar pasienten sine smerter som lågare enn det pasienten sjølv beskriv, altså at sjukepleiaren justerer ned pasienten sine smerter (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:51, Torvik m.fl. 2008:54). I verste fall kan dette ende med at sjukepleiaren held tilbake opioider til rusmisbrukarar med smerter. Dette kan ha ein forverrande effekt, då konsekvensane av tilbakehaldinga kan føre til at pasienten blir aggressiv og vanskeleg. Denne åtferda

kombinert med hyppige førespurnader om meir smertestillande, kan av helsepersonell bli oppfatta som russøkande åtferd, noko som igjen kan byggje opp om sjukepleiarens negative haldningar og stigmatisering om at rusmisbrukarar faktisk er vanskelege og vidare påverke behandlinga med eit gjensidig mistillitsforhold som resultat (Blay m.fl. 2012:290, Li m.fl. 2012:258, Morley m.fl. 2015:701). Mistillit mellom pasienten og sjukepleiaren kan vere ein barriere i smertebehandlinga (Berntzen m.fl. 2010:356). Dette resultatet er uheldig, då slik åtferd ofte kan vere eit uttrykk for utilstrekkeleg smertelindring, ikkje korleis personen eigentleg er (Blay m.fl. 2012:290, Morley m.fl. 2015:701). I tillegg er konseptet at enkelte pasientar er ”vanskeleg” blitt bekrefta som eit stigmatiserande uttrykk (Morley m.fl. 2015:703), noko som vidare kan gjere at pasienten blir enda meir stigmatisert. I Morley m.fl. sin litteraturgransking nemnde sjukepleiarar kulturell bakgrunn, år med erfaring som sjukepleiar, personlig erfaring med smerte, deira sin familie sine haldningar og verdiar om smerter og rusavhengigheit, som faktorar som bidrar til å forstå pasienten sin oppleving av smerte (Morley m.fl. 2015:703). Mykje er med andre ord avhengig av sjukepleiaren sine tidlege erfaringar, som kan spele inn på korleis vedkommande tolkar andre sin smerte. På tross av mange funn om negative haldningar og stereotypiar blant sjukepleiarar, fins det litteratur som seier noko anna. Sjølv om sjukepleiarane i Morley m.fl. sin studie generaliserte pasientane med rusavhengigheit og smerter som ikkje-etterlevande av behandlinga eller vanskeleg, ga dei fleste sjukepleiarane uttrykk for at kvar pasient med rusavhengigheit og smerter er ulike, og har som konsekvens av dette behov for å bli behandla holistisk og individuelt (Morley m.fl. 2015:706). Dette kan vere eit positivt skritt i riktig retning når det gjeld å møte stigmatiseringa av denne pasientgruppa (Morley m.fl. 2015:707). Det er viktig at sjukepleiaren klarar å forstå pasienten sin smerteoppleving og ser forbi barrierane som kan stå mellom dei, så sjukepleiaren kan sjå pasienten direkte og fokusere på smertebehandlinga utan hindringar (Morley m.fl. 2015:703).

## **5.2 Mangel på kunnskap**

Toleranse kan gjere at pasienten treng større dosar av opioider for å oppretthalde smertelindring (DuPen m.fl. 2007:113). OIH gjev meir smerte, behov for auka dosar av smertestillande og gjev ein auka oppleving av smerte (Bratteteig m.fl. 2010:25, DuPen m.fl. 2007:117). Abstinens kan føre til auka smerter fordi dei får ein mindre

dose enn dei er vant med (Pasero og McCaffery 2012:48), i tillegg til at det kan oppstå ubehagelege fysiske reaksjonar (Berntzen m.fl. 2010:378). Dette er kunnskap som er svært relevant for sjukepleiarar som skal ivareta rusmisbrukarar med smerter. I Li m.fl. sin studie blei kunnskapsnivået til dei deltakande sjukepleiarane utforska. På spørsmål om opioidavhengige har auka behov for opioider svarte 83,5 prosent riktig, og på spørsmålet om langvarig bruk av opioider kan føre til overkjensleg for smerte svarte 45,3 prosent ”veit ikkje”. 70,8 prosent svarte riktig på spørsmålet om opioidavhengige trenger store dosar opioider for å få effekt (2012:257). I Krokmyrdal og Andenæs sin studie hadde 88 prosent av dei deltakande sjukepleiarane ikkje tilstrekkeleg kunnskap om smertebehandling hos pasientar med opioidavhengigheit, og studien viste manglar i dei deltakande sjukepleiarane sin evne til å evaluere og behandle smerte (2015:789). Dette bygg opp om det fleire studiar viser, nemleg at sjukepleiarar manglar kunnskap om korleis opioidavhengigheit kan påverke smerteopplevinga og smertebehandlinga til rusmisbrukarar (Blay m.fl. 2012:290, Li m.fl 2012:257). Krokmyrdal og Andenæs sin studie baserer seg riktig nok på spørjeundersøkingar og spørjeskjema og ein eigenvurdering av kompetanse, altså formidling av sjukepleiarane sin subjektive vurdering om kor kompetent dei sjølve er, ikkje om andre, til dømes pasientane, opplev dei som kompetente. Dette er og lista opp som svakheit i studien til Krokmyrdal og Andenæs, på bakgrunn av at kompetanse er vanskeleg å måle på ein god måte (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793). Når spurt, kan det vere utfordrande å vere sikker i sin sak om ein er kompetent eller ikkje og om ein innehar all kunnskap som er nødvendig for å ivareta denne pasientgruppa sin smertebehandling. Det blei ikkje spurt i undersøkingane etter ”litt” eller ”noko” kompetent. Enkelte kan ha vanskeleg for å klassifisere seg sjølv som kompetent eller at dei har all nødvendig kunnskap om denne pasientgruppa og smertebehandling, og dette kan i teorien påverke svara deira i spørjeundersøkinga, og gjere at dei undervurderer seg sjølve om kor kompetent dei er.

Som nemnd tidlegare kan sjukepleiaren kan ha negative haldningar mot pasienten. Dersom sjukepleiaren ikkje innehar kunnskapen om kvifor opioidavhengigheit gjev behov for auka dosar med smertestillande, og i tillegg let haldningane verke inn, kan sjukepleiaren vere tilbøyeleg til å tru at ønske om meir smertestillande er ein form for russøkande åtferd, og ikkje sjå pasienten sitt behov for smertelindring. Slik mangelfull kunnskap om korleis opioidavhengigheit påverkar smertebehandling har vist seg å

vere ein vesentleg årsak til utilstrekkeleg smertelindring (Krokmyrdal og Andenæs 2012:790, Li m.fl. 2012:253). Sjølv om forskning visar at helsepersonell har manglande kunnskap om smertebehandling, visar andre studiar at helsepersonell sjølv opplys å ha gode kunnskapar om rusavhengigheit, toleranse og OIH (Li m.fl. 2012:257). Andre studiar viser at helsepersonell generelt er klar over kliniske utfordringar slik som toleranse og OIH (Morley m.fl. 2015:701). På tross av denne kunnskapen får ikkje pasientar med opioidavhengigheit meir analgetika enn andre pasientar som ligg inne på avdeling på sjukehus. Dette kan tyde på manglande samsvar mellom faktisk kunnskap og nyttegjering av denne kunnskapen (Li m.fl. 2012:257).

Handlingar, kunnskap og haldningar er komponent sterkt forbundet med kvarandre, og påverkar helsepersonell sin avgjerdsprosess. Ein av dei viktigaste ressursane helsepersonell har, er kunnskap. Å omsette kunnskap til handling er særst viktig for behandlinga og ivaretakinga av pasientar. Om handlinga sjukepleiaren gjer er relevant og møter behova til pasienten eller ikkje, avheng av at helsepersonell har ein bevisst oppfatning av handlingane sine og dei faktorane som går inn i haldningsomgrepet. Haldningar er relativt stabile og organiserte oppfatningar, kjensler og handlingsintensjonar ovanfor objekt og ting av sosial art og betydning. I prosessen av danninga og etableringa av haldningar er kunnskap ein viktig bidragsytar (Li m.fl. 2012:254). Fleire av studiane viser til at det er eit behov for meir utdanning og forskning på smertebehandling for denne pasientgruppa, og dette kan vere ein måte å sikre optimal smertelindring hos rusmisbrukarar innlagt i sjukehus (Blay m.fl. 2012:295).

### **5.3 Undervurdering av pasienten sine smerter**

Om smerte seier Travelbee at det er noko alle menneske ein eller anna gong opplev, at det er ein einsam erfaring fordi den er så vanskeleg å formidle til andre slik at andre forstår den, og den let seg heller ikkje observere (Travelbee 2001:112). Å ikkje bli trudd når ein har smerter kan vere ein ekstra byrde å bære i situasjonen pasienten er i, i tillegg til at sjukepleiaren sin mistillit til pasienten kan vere ein barriere i smertebehandlinga (Berntzen m.fl. 2010:356). Å tvile på pasienten sin smerteformidling undergrev og pasienten sin truverdighet (Li m.fl. 2012:259). Gjensidig tillit mellom sjukepleiar og pasient er ein føresetnad for ein god relasjon dei



i mellom, og ein føresetnad for adekvat smertelindring (Berntzen m.fl. 2010:362). Mange pasientar med eit rusmisbruk har komplekse sosiale og psykiske behov, å vere bevisst desse behova og møte pasienten på ein open og imøtekomande måte, jamfør slik Travelbee meiner menneske skal bli møtt, kan mogleggjere samarbeid, og ein holistisk og personsentrert omsorg (Morley m.fl. 2015:707). Det er viktig at sjukepleiaren uttrykker sin empati til pasienten, noko som inneber å forstå pasienten sine kjensler og perspektiv utan å dømme, kritisere eller legge skyld på pasienten (Jewell m.fl. 2011:34).

Forskning tyder på at pasientar med ein rusavhengigheit som samtidig har smerter, står i fare for å få smertane undervurdert og underbehandla (Morley m.fl. 2015:701). Dette blir bekrefta i Li m.fl. sin studie, der dei fann at fleirtalet av dei deltakande sjukepleiarane følte seg manipulert av opioidavhengige pasientar, og eit mindretal av dei deltakande sjukepleiarane trudde på pasienten sin formidling av smerte (Li m.fl. 2012:252). Krokmyrdal og Andenæs kom fram til same resultat, nemleg at sjukepleiarar sin mangel på profesjonell kompetanse bidrar til utilstrekkeleg smertebehandling fordi sjukepleiarane ofte ikkje trur på opioidavhengige pasientar sin rapportering av smerte (Krokmyrdal og Andenæs 2015:790). Studien deira viste at 62 prosent av dei deltakande sjukepleiarane meinte at pasientar med opioidavhengigheit overdreiv kor store smerter dei hadde for å få meir smertestillande, og 56 prosent var av den formeining at pasientane var uærlege når dei forklarar effekten av administrert analgetika (Krokmyrdal og Andenæs 2015:791). Dette som indikerer at sjukepleiarar sin haldning mot denne pasientgruppa har ein tendens til å vere negativ. Tidlegare studiar har og vist at sjukepleiarar ofte evaluerer smerte som mindre intens hos rusmisbrukarar samanlikna med smerte rapportert av pasientar med andre medisinske tistander (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:51, Krokmyrdal og Andenæs 2015:793, Torvik m.fl. 2008:54). Dette går direkte på sjølve rapporteringa av smerter. Sjølv om pasienten faktisk fortel om sin smerteoppleving, trur ikkje sjukepleiaren på pasienten. Om dette gjeld bruk av smertekartleggingsverktøy, eller ein generell evaluering av pasienten sine smerter, kjem ikkje fram i artikkelen. Ein kan tenkje at om smertekartleggingsverktøy hadde blitt nytta, hadde dokumentering og rapportering av smertane gjort evalueringa enklare, og det hadde blitt lagt mindre vekt på korleis sjukepleiaren oppfattar pasienten og mindre rom for vedkommande sine haldningar mot pasienten.

Relatert til det å ikkje tru på pasienten eller å undervurdere smertane hans, kjem det å kjenne seg manipulert. Dette kan ha samanheng med sjukepleiarar sine stigmatiserande haldningar mot rusmisbrukarar, nemleg at rusmisbrukarar er ute etter å få oppretthaldt eller få tilført ein rus, men kan og sjåast i samanheng med sjukepleiarar sin kunnskapsmangel om opioidavhengigheit (Blay m.fl. 2012:290). Å føle seg utnytta eller manipulert kan true helsepersonell sin identitet som truverdige profesjonelle yrkesutøvarar, og dette kan igjen påverke deira sin avgjerdsprosess innanfor smertebehandling, som vidare kan gjere at pasienten ikkje får naudsynt smertelindring (Li m.fl. 2012:258). Det fremmar heller ikkje eit forhold basert på tillit mellom sjukepleiaren og pasienten (Jewell m.fl. 2011:34). I tillegg til Travelbee sine tankar om smerte, kjem det og fram i definisjonen av smerte at den er subjektiv. Nettopp derfor er det så viktig å nytte smertekartleggingsverktøy for å sikre at rusmisbrukarar får adekvat smertelindring når dei er innlagt i sjukehus, og det vil og redusere sjansane for å bli manipulert (Li m.fl. 2012:258). Årsaken det kan vere fordi smertane er noko pasienten sjølv har rapportert og sjukepleiaren treng derfor ikkje utelukkande å lite på sin eigen observasjon av pasienten. I tillegg kan kartlegginga samanliknast sidan kartleggingsverktøy har blitt nytta, og det gjev derfor betre grunnlag for vurdere pasienten sine smerter (Berntzen m.fl. 362-363). Ei profesjonell tilnærming er å tru på pasienten sin formidling av smerter. Li m.fl. har vist at opioidavhengige pasientar samarbeider godt og er ærlige dersom helsepersonell viser dei respekt og tillit (Li m.fl. 2012:254).

#### **5.4 Rutinar for bruk av smertekartleggingsverktøy**

Li m.fl. fann at omkring ein fjerdedel av sjukepleiarane i sin studie nytta smertekartleggingsverktøy ofte (2012:256). Sjeldan bruk av kartleggingsverktøy kan ha bakgrunn i dårlege rutinar, men det kan og sjåast i samanheng med stigmatiserande, moralistiske og negative haldningar helsepersonell har til rusmisbrukarar (Li m.fl. 2012:258). Når bruk av kartleggingsverktøy for å evaluere smerte blir nytta så sjeldan, kan ein spørje seg om sjølve evalueringa av smerter og blir gjort sjeldan, eller om sjukepleiaren evaluerer smertane til pasienten automatisk, eller til og med spør han om smertane, men utan å nytte kartleggingsverktøy. Bruk av kartleggingsverktøy som VAS eller NRS bidrar til at kartlegginga av pasienten sine smerter blir systematisk og valid (Berntzen m.fl. 2010:262), gjev betre grunnlag for å

evaluere effekten av smertebehandlninga og sikrar ein individuell og optimal smertelindring (Jewell m.fl. 2011:34, Li m.fl. 2012:258, Torvik m.fl. 2008:51). Om dette ikkje blir nytta, eller gjort usystematisk, er det god grunn til å tenkje at dette går utover pasienten og at hans smertelindring ikkje blir så optimal som den kunne ha vore.

### **5.5 Vegring mot å gje opioider**

Underbehandling av smerter kjem ofte av ein overdimensjonert frykt for alvorlege biverknader (Berntzen m.fl. 2010:374). Sentraltverkande analgetika, som opioider er, har ein depressiv verknad på respirasjonen fordi dei gjer respirasjonssenteret i medulla oblongata mindre følsamt for auke av karbondioksid i blodet. Dersom pasienten får ein større dose enn nødvendig kan legemidlet forårsake respirasjonsdepresjon, då hypoventilering fører til at innhaldet av karbonmonoksid i blodet stig, utan at respirasjonssenteret er i stand til å reagere på det. Etter kvart vil respirasjonssenteret bli bedøvd av legemidlet og av karbondioksidet. Den direkte dødsårsaken vil då vere hypoksisk hjertestans på bakgrunn av respirasjonsstans. Etter intravenøs injeksjon av eit opioid kjem maksimal respirasjonsdepresjon etter 5-7 minutt (Berntzen m.fl. 2010:374-375, Fekjær 2008:384). Dersom pasienten blir overdosert med opioider, er behandlinga nalokson, eit stoff som er ein antagonist til opioider og fjernar både den respirasjonshemmande og den analgetiske effekten av legemidlet, samt effekten av endogene opioid (Berntzen m.fl. 2010:376).

Det er vist at helsepersonell sin kunnskapsmangel, opiofobi og stereotypiske haldningar er barrierar som kan påverke handlingsval ved smertelindring til pasientar som ikkje er avhengige av opioider, og det er grunn til å tru at utilstrekkeleg smertelindring blir forsterka når pasienten har eller har hatt eit problem med rusmisbruk. Dette kan hengje saman med at helsepersonell vegrar seg mot å gje opioider som smertelindring til pasientar som er opioidavhengig (Li m.fl. 2012:259). Fleire studiar tyder på at det er ein vanleg frykt blant sjukepleiarar at å nytte opioider som smertestillande kan føre til eller bidra til ein forverring i rusavhengigheit (Krokmyrdal og Andenæs 2015:790, Li m.fl. 2012:259), og det at opioider er avhengigheitsskapande er ein barriere for smertelindring (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793). Denne frykta kan hindre sjukepleiarar i å administrere opioider som

smertestillande, på tross av at det ikkje er vitenskapelig bevis som indikerer at opioider nytta som analgetika bidrar til avhengigheit eller forverring av ein pågåande avhengigheit (Krokmyrdal og Andenæs 2015:793).

Når pasienten har smerter, og opplever smertelindring, kan sjukepleiaren kjenne på mestring, og at dei har gjort ein god jobb for å sikre tilstrekkeleg smertelindring hos pasienten. I møte med rusmisbrukarar med smerter kan dei kjenne seg utilstrekkeleg, fordi dei ikkje er i stand til å møte pasienten sitt behov for smertelindring (Jewell m.fl. 2011:34). Dette var noko eg kjende på sjølv då eg var i praksis, og dette var med på å bidra til at eg blei usikker i samhandling med desse pasientane. Det er ubehageleg å vite at pasienten har det vondt, men og vanskeleg å ikkje ha så mykje erfaring med denne pasientgruppa og vite kva som er normalt og ikkje. På den eine sida kan sjukepleiaren ende opp med å bli frustrert fordi ein kan sitte att med kjensla av å ikkje bli verdsatt for jobben ein gjer med å forsøke å smertelindre pasienten (Jewell m.fl. 2011:34). På den andre sida, om pasienten faktisk opplev smertelindring, kan sjukepleiaren kjenne seg utrygg grunna usikkerheit på om dosen analgetika er for stor, eller om ein faktisk har medverka til at pasienten opplev rus.

Dei mest erfarne sjukepleiarane i Morley m.fl. sin studie, ga uttrykk for at dess meir erfaring ein har med å samhandle med pasientar med rusavhengigheit og smerter, dess betre blir behandlinga deira. Sjukepleiarane i studien ga uttrykk for at årsaken til dette var at dei er meir sjølvsikker når det gjeld å gje store dosar opioider på bakgrunn av erfaringsgrunnlaget dei har bygd seg opp om denne pasientgruppa. Mange av dei yngre og mindre erfarne sjukepleiarane i studien var ofte meir ukomfortable med å gje store dosar opioider (2015:706).

På postoperative avdelingar på sjukehus er ofte type og dose analgetika satt opp i ein poststandard som sjukepleiaren kan gje utan å kontakte lege (Bakkejord 2014). Denne poststandarden er same for alle pasientar, uansett om det er ei 80 år gamal kvinne på 50 kg, ein 40 år gamal mann på 120 kg, eller ein mann på 80 kg med eit rusmisbruk. Dette kan komplisere tankegangen til sjukepleiarar som i utgangspunktet vegrar seg for å gje opioider. At lege må kontaktast, og at pasienten treng dosar som går utover det "alle andre" får smertelindring av, kan vere nok ein barriere for å gje opioider.

## 6 Oppsummering

Med denne oppgåva har eg forsøkt å vise kva for faktorar som kan påverke sjukepleiaren sin kartlegging av smerter hos injiserande rusmisbrukarar. For å svare på denne problemstillinga har eg drøfta mine funn ut frå forskingsbasert kunnskap om kartlegging av smerte og smertebehandling.

Litteraturen viser at stereotypiske negative haldningar, kunnskapsmangel, undervurdering av pasienten sine smerter, rutinar for bruk av kartleggingsverktøy og vegring mot å gje opioider er faktorar som påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerter hos injiserande rusmisbrukarar. Haldningar og kunnskap går spesielt igjen i litteraturen som faktorar som påverkar sjukepleiaren sin smertekartlegging.

Kompetanse er kunnskap, og kunnskap må til for å endre på haldningar. Dei andre faktorane, som vegring mot å gje opioider og rutinar for bruk av kartleggingsverktøy, kan og sjåast i samanheng med kunnskapsmangel.

Travelbee seier at alle menneske er eigne individ og ulike alle andre. Å møte pasientar på denne måten, gjev grunnlag for ein holistisk og personsentrert tilnærming, noko som kan vere utslagsgivande for å mogleggjere og optimalisere samhandling med pasientar som og er injiserande rusmisbrukarar. Anbefaling for praksis er å bygge vidare på dette, legge haldningar og stereotypiar til side og forsøke å forstå pasienten sin smerteoppleving og sjå forbi barrierane som kan stå mellom pasient og sjukepleiar, så sjukepleiaren kan sjå pasienten direkte og fokusere på smertebehandlinga utan hindringar. Det er viktig at sjukepleiaren held seg oppdatert om kunnskap om korleis opioidavhengigheit kan påverke smerteopplevinga og smertebehandlinga til rusmisbrukarar. Gjensidig tillit mellom sjukepleiar og pasient er ein føresetnad for ein god relasjon dei i mellom, og ein føresetnad for adekvat smertelindring. Å nytte kartleggingsverktøy vil og gjere kartlegginga av smerter enklare, og dette bør vere ein viktig del av sjukepleiaren sin kartlegging av smerter. I tillegg er det å tru på pasienten sin formidling av smerter essensielt. Dette er viktige moment for å bli betre på å kartlegge smerter hos rusmisbrukarar, og legg grunnlaget for at pasientar med eit rusmisbruk opplev å få optimal smertelindring når dei er innlagt i sjukehus.

Fleire av studiane viser at det er eit behov for meir utdanning og forskning på dette temaet for at denne pasientgruppa skal oppleve å få optimal smertelindring ved innlegging i sjukehus.

Hensikta med denne oppgåva var å belyse kva som påverkar sjukepleiaren sin kartlegging av smerte hos injiserande rusmisbrukarar. Eg syns det var spanande og lærerikt å arbeide med dette temaet. Eg er nøgd med resultatet og ser problemstillinga som løyst. Eg sitt att med meir kunnskap om smertebehandling, kartlegging av smerte og kva som gjer at smertebehandling av rusmisbrukarar kan vere ei utfordring. I framtida er eg betre rusta til å ivareta denne pasientgruppa, og eg er glad eg valde å belyse dette temaet.

## 7 Litteraturliste

Bakkejord, F. (2014). Poststandard kirurgisk avdeling. Retningslinje. I: *Elektronisk Kompetanseportal Diakonhjemmet Sykehus*. Henta 9. mars 2016 frå Elektronisk Kompetanseportal Diakonhjemmet Sykehus.

Berg, J. E. (2001). *Rusmiddelmissbruk – Behandling og tiltak i allmennpraksis*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D. G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. and Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse*. 42 (2): 289-297. Henta frå Cinahl.

Bratteteig, M., Hove, I. og Aakerholt, A. (2010). *Rusa eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. 4. utg. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

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

Den Norske Legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*.

Henta 21. Januar 2016 frå:

<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

DuPen, A., Shen, D. and Ersek, A. (2007). Mechanisms of Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia. *Pain Management Nursing*, 8 (3):113-121. doi: 10.1016/j.pmn.2007.02.004

Evjen, R., Kielland, K. B. og Øiern, T. (2012). *Dobbelt Opp – om Psykiske lidelser og rusmisbruk*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2008). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K. og Munion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*. 374 (9697):1284-1293. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61036-9

Hørmann, E. (2013). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Jensen, T. S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L. og Bach, F. W. (2009). Smertefysiologi. I: T. S. Jensen, J. B. Dahl og L. Arendt-Nielsen (red.). *Smerter – Baggrund, evidens og behandling*. København: FADL's Forlag

Jewell, C. E., Tomlinson, J. and Weaver, M. (2011). Identification and Management of Prescription Opioid Abuse in Hospitalized Patients. *Journal of Addictions Nursing*. 22 (1-2): 32-38. doi: 10.3109/10884602.2010.545094

Kongsgaard, U.E., Bell, R. F og Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125 (20):2808-2810. Henta frå Oria.

Krokmyrdal, K. A. og Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross sectional survey study. *Nurse Education Today*. 35():789-794. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

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



Madsen, K. H og Skiveren J. (2009). Sygepleje og smertebehandling. I: T. S. Jensen og J. B. Dahl og L. Arendt-Nielsen (red.). *Smertes – Baggrund, evidens og behandling*. København: FADL's Forlag.

McCreddie, M. m.fl. (2010). Routines and rituals: A grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (19-20):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

Morgan, B. D. og White, D. M. (2009). Managing Pain in Patients with Co-Occurring Addictive Disorders. *Journal of Addictions Nursing*. 20 (1):41-48. doi: 10.1080/10884600802694809

Morley, G., Briggs, E. og Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*. 16 (5):701-711. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Olsen, I. (2013). *Farmakologi for sykepleiere og vernepleiere*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasero, C. og McCaffery, M. (2012). Opioid-Induced Hyperalgesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 27(1):46-50. doi: 10.1016/j.jopan.2011.11.002

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

Simonsen, T., Aarbakke, J. og Lysaa, R. (2003). *Illustrert Farmakologi*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Statens Institutt for rusmiddelforskning (2015). *The Drug situation in Norway 2014*. Oslo: SIRUS/EMCDDA. Henta 1. februar 2016 frå:  
<http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2015-2/the-drug-situation-in-norway-2014/>

Torvik, K., Skauge, M. og Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: T. Rustøen og A. K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.