

Bacheloroppgave

« Hvilke utfordringer med hensyn til smertelindring står sykepleier ovenfor i møte med rusmisbruker? »



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling helse, omsorg og sykepleie.
Seksjon for sykepleie

Av: Carine Dahl & Malene Furuli Wangen

Mai 2013

SAMMENDRAG

Tittel:	«Hvilke utfordringer med hensyn til smertelindring står sykepleier ovenfor i møte med rusmisbruker?»	Dato: 10.05.2012
Deltakere:	Carine Dahl Malene Furuli Wangen	
Veileder:	Randi Tosterud	
Evt. oppdragsgiver:	Høgskolen i Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord:	Rusmisbrukere, smertelindring, postoperativt, sykepleie	
Antall sider/ord: 54/ 14 159	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Rusmisbruk utgjør et stort helseproblem og bidrar ofte til at misbrukeren kan få alvorlige helseplage som fører til innleggelse i sykehus. Som fremtidige sykepleiere ønsket vi med denne oppgaven å se nærmere på hvilke utfordringer vi kan møte på med hensyn til smertelindring til denne pasientgruppen. Avgrenset til den postoperative fasen, da smertelindring ofte er aktuelt her. Temaet har vi selv manglende kunnskaper om og mener det har vært lite fokus på under utdannelsen.</p> <p>Oppgaven er skrevet som et litteraturstudie. Vi har i tillegg til faglitteratur funnet nyere forskning som vi føler belyser problemstillingen vår. Søkeordene vi har brukt er pain, management, postoperative, substance use/abuse, nurs*, stigmatizing, challenges.</p> <p>Forskning viser at rusmisbrukere oftere enn andre opplever utilstrekkelig smertelindring. Det kan være ulike årsaker til dette. Manglende kunnskaper om rusmisbruk, fysiologiske ulikheter og smerter kan være årsaker. Holdninger og fordommer blir også nevnt som viktige barrierer til utilstrekkelig smertelindring.</p>		

ABSTRACT

Title:	«What challenges are nurses facing regarding pain management to drug addicts?»	Date: 10.05.2013
Participants:	Carine Dahl Malene Furuli Wangen	
Supervisor:	Randi Tosterud	
Employer:	Høgskolen i Gjøvik	
Keywords (3-5)	Drug addicts, pain management, postoperative, nursing	
Number of pages/words: 54/14 159	Number of appendix: 3	Availability (open): YES
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Drug abuse poses a major health problem and often contributes to serious health problems which leads to hospitalization. We wanted this thesis to explore challenges nurses face with regard to pain management in these patients. Bounded to the postoperative phase, when pain relief is often needed. Due to lack of focus in this topic throughout education we wanted to gain knowledge with this thesis.</p> <p>The thesis is written as a literature study. We have in addition to the literature found recent research that we feel illustrate our problem. The keywords we have used is pain, management, postoperative, substance use / abuse, nurs *, stigmatizing, challenges.</p> <p>Research shows that drug addicts often than others, experience inadequate pain relief. There may be various reasons for this. Lack of knowledge about substance abuse, physiological differences and pain can be causes. Attitudes and prejudices are also cited as important barriers to inadequate pain relief.</p>		

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 SAMMENDRAG	2
2.0 ABSTRACT	3
3.0 INNHOLDSFORTEGNELSE	4
4.0 INNLEDNING	5
4.1 Introduksjon til tema	5
4.2 Sykepleiefaglig relevans og relasjon til seksjonens forskningsområder	6
5.0 BAKGRUNN	8
5.1 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning	8
5.1.1 Begrepsavklaring	8
5.1.2 Rusmisbruk	9
5.1.3 Postoperativ smertelindring	12
5.1.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient	15
5.2 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling	19
5.3 Avgrensning	20
6.0 METODE	21
6.1 Litteraturstudie som metode	21
6.2 Litteratursøk	21
6.3 Kildekritikk	23
7.0 RESULTATER	25
7.1 Smertelindring til rusmisbrukere	25
7.2 Relasjon og holdninger	28
8.0 DRØFTING	30
8.1 Utfordringer ved postoperativ smertelindring til rusmisbrukere	30
8.2 Utfordringer i relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker	34
8.3 Betydning for sykepleie	38
8.4 Metodiske overveielser	39
9.0 KONKLUSJON	41
10.0 ETTERORD	43
11.0 LITTERATURLISTE	44
12.0 VEDLEGG 1	48
13.0 VEDLEGG 2	49
14.0 VEDLEGG 3	54

4.0 INNLEDNING

4.1 Introduksjon til tema

Misbruk av narkotiske stoffer utgjør et stort helsemessig problem. Det anslås at omlag 11-15 000 personer injiserer heroin i Norge. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) Heroin er et opioidpreparat. Opioider er fellesbetegnelse på smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. Heroin har altså en smertestillende effekt. (Hafseng, 1998; Fekjær, 2004) De fleste som injiserer rusmidler i Norge kan betegnes som opioidavhengige. I følge ICD-10 er definisjonen av avhengighet *«et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi.»* (Lossius, 2010: 436-437) Dette kan forstås som at det narkotiske stoffet har fått mer verdi i personens liv, enn noe som tidligere hadde mer betydning slik som familie, jobb og sosiale relasjoner.

Bruk av narkotiske stoffer bidrar ofte til dårligere helsetilstand og kan gi alvorlige helseplager. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) De har ofte dårligere ernæring og økt risiko for infeksjoner, sykdommer og skader. Derfor er denne pasientgruppen ofte å møte på i somatiske sykehus. (Haber m.fl. 2009) Grunnet økt risiko for sykdom og skade medfører dette ofte et behov for smertelindring når innleggelse i sykehus er aktuelt. Smertelindring til denne pasientgruppen kan by på utfordringer fordi opiatavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser som kan forsterke smerteopplevelsen. (Li m.fl. 2012) I tillegg kan også holdninger og fordommer hos sykepleier være en faktor, da denne gruppen faller litt utenfor det som er sosialt «akseptabelt» i vår kultur.

På bakgrunn av dette mener vi at temaet vi har valgt er svært relevant. Under studietiden vår har vi følt at vi har manglende kunnskap om rusmisbruk og da særlig knyttet til smertelindring. Vi har begge vært borti situasjoner der vi følte oss utrygge på hvordan vi skulle gripe ann situasjonen. Derfor har vi lyst til å bruke denne anledningen til å tilegne oss mer kunnskap på dette området. Smertelindring er noe man som sykepleier møter på ved de fleste anledninger. Grunnen til at vi har valgt å se på pasienten i en postoperativ fase er fordi det er nettopp i denne fasen vi har møtt denne pasientgruppen. Dessuten er smertelindring ofte svært relevant i denne fasen.

4.2 Sykepleiefaglig relevans og relasjon til seksjonens forskningsområder

Området vi har valgt er relevant med tanke på sykepleiefaget. Sykepleier har mange funksjonsområder der å pleie, behandle, lindre og vise omsorg er de områdene som er mest knyttet opp til temaet vårt. (Kunnskapsdepartementet, 2008) Å lindre pasientens smerter kan bety mer enn medisiner, og dette er sykepleiers ansvar. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for menneskes liv og verdighet og det skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets rettigheter. (Ibid) Sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet og ivareta retten til helhetlig omsorg. (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2011)

I følge helsepersonelloven § 3 står det at helsehjelp er handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Dette skal utføres av helsepersonell, som da i vårt tilfeller gjelder sykepleier. (Helsepersonelloven, 2001) Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b sier noe om at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001) Disse lovene belyser hva sykepleiers oppgaver er, samt hvilke krav rusmisbruker som pasient har. Som sykepleier arbeider man med alle typer mennesker. Mennesker med ulik bakgrunn, ulik kultur og ulik bagasje. Man kan ikke nekte noen hjelp grunnet deres historie. Man skal yte lik helsehjelp til alle. Fordommer og egne meninger kan ikke stå i veien for dette. Opiatavhengige har rett på lik helsehjelp slik som alle andre mennesker, og det at sykepleier har kunnskap om smertelindring og rusmisbruk er viktig for å tilfredsstille pasientens behov for hjelp.

Vi har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker da vi synes hun er mest relevant med tanke på vår problemstilling. Travelbee sin teori går ut på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Der det foreligger sykdom og lidelse, gir sykepleieren hjelp til å mestre, forebygge eller å finne mening i situasjonen. (Travelbee, 1999) Travelbee (1999) påpeker videre at sykepleieren har målrettet kommunikasjon og en intellektuell tilnærming. I vår oppgave har vi blant annet fokus på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Hun forteller at et forhold utvikles gjennom ulike stadier: innledende møte, framvekst av identitet, empati, sympati og til slutt endelig forståelse av hverandre og kontakt. (Ibid) Vi har valgt å ikke ta med flere enn en sykepleieteoretiker. Blant annet mente Florence Nightingale at sykepleierens ansvar og rolle knyttet spesielt til å tilrettelegge miljøet ved å påvirke eller fjerne negative miljøfaktorer. Hun var opptatt av ulike faktorer som omfattet det fysiske

miljøet, blant annet: støv, lys, lukter, varme og ventilasjon. Dette er ikke relevant i vår oppgave. Vi mener at Travelbee svarer bedre på oppgaven enn noen av de andre sykepleieteoretikerne.

Oppgaven skal ha relasjon til seksjonens tre forskningsområder som er kvalitet i sykepleie, helse i dagliglivet og utdanningskvalitet. Vi mener at temaet vi har valgt har relasjon til forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Dette fordi vi har valgt å belyse et tema som går på pasientens behov for smertelindring. For å ivareta dette kreves det kunnskap fra sykepleier. Kvalitet i sykepleie inneholder to fokusområder, pasienters behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet. (Høgskolen i Gjøvik, 2013) Vi mener at kvalitet er noe som alltid skal tilstrebes i sykepleiefaget, og med tanke på smertelindring som vi har valgt å fordype oss i.

5.0 BAKGRUNN

5.1 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning

5.1.1 Begrepsavklaring

Rusmisbruk: Kan defineres som gjentatt eller periodisk overdrevet bruk av legemidler, enten legale eller illegale, som er utenfor det som kalles normalt i medisinsk praksis. (World health organization [WHO], 1994)

Avhengighet: Avhengighet kan defineres som en tilstand som følger av samvirket mellom et stoff og brukeren av stoffet. Brukeren har sterk trang til å innta stoffet, og utvikler ofte økt toleranse og opplever ubehag når ikke stoffet tilføres. Vi kan skille mellom fysisk og psykisk avhengighet. (Hafseng, 1998)

Smerte: Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) har definert smerte som en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med en aktuell eller potensiell vevsskade. (International Association for the Study of Pain [IASP], 1979)

Holdninger: «En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker, ting eller hendelser.» (Håkonsen, 2003: 205)

Relasjon: Relasjon kan defineres som en kontakt eller forbindelse mellom mennesker. (Eide & Eide, 2009)

Kommunikasjon: Kommunikasjon kan betegnes som utveksling av meningsfylte ord mellom to eller flere parter. Man gjør noe felles, eller har en forbindelse med den/de andre. (Eide & Eide, 2009)

Postoperativ: Dette er tiden som oppstår rett etter en operasjon. (Nylenna, 2009:371) Tiden rett etter det kirurgiske inngrepet og da pasienten trenger overvåking før han flyttes til sengeposten heter den umiddelbare postoperative fasen. Post er latin og betyr bak eller etter. (Berntzen m.fl, 2010a)

5.1.2 Rusmisbruk

Det kan være vanskelig å forstå hvorfor mennesker blir avhengig av rusmidler. Tidligere forskning viser at mennesker som sliter med psykiske problemer og opplever livssituasjonen sin som vanskelig, er mer utsatt for å bli avhengig enn andre. (Hafseng, 1998) Misbrukere kan ha bakgrunn fra å bli mobbet på skolen, blitt utestengt, de kan ha psykiske problemer eller ha foreldre med psykiske problemer. Mange har ofte en kriminell bakgrunn. Rusmidlet blir ofte brukt for å «rømme» fra virkeligheten. (Fekjær, 2004) Altså at en ruser seg for å glemme de problemer man har i hverdagen. Haber m.fl (2009) viser til at rusmisbruk kan skyldes både genetiske, sosiale og atferdsmessige faktorer. Det finnes altså sjelden en konkret årsak til at et menneske blir rusmisbruker. Rusmidler blir inntatt på ulike årsaker. Noen søker den behagelige følelsen rusen gir dem, andre bruker rusmidler som en handling for å vise opprør eller som et ønske om å passe inn i enkelte miljøer. (Haber m.fl, 2009)

Verdens helseorganisasjon definerer medikamentmisbruk som «*vedvarende eller periodisk overdrevet (utilbørlig) bruk av medikamenter som ikke er i samsvar med akseptert medisinsk praksis*». (WHO, 1994) Ordet avhengighet har mange ulike definisjoner og kan bety ulike ting alt ut i fra situasjonen og hva den enkelte legger i begrepet. Verdens helseorganisasjon har definert rusmiddelavhengighet som et syndrom bestående av fysiologiske, kognitive og atferdsmessige symptomer som viser at brukeren har nedsatt kontroll på bruken av rusmidler. (WHO, 1994) Det kan karakteriseres som at brukeren ser på rusmiddelet som et nødvendig behov for å føle velvære og at brukeren har sterk trang til å innta stoffet enten regelmessig eller periodevis. (Hafseng, 1998) Slørdal (2010) mener man kan snakke om avhengighet dersom bruken oppfyller tre eller flere av disse kriteriene; sterk lyst eller følelse av tvang til å innta legemiddelet, problemer med å kontrollere bruken, toleranseutvikling, abstinens, neglisjering av andre interesser og ignorering av konsekvenser.

Siden denne oppgaven spesifikt omhandler opioidavhengighet vil vi presentere definisjoner av dette begrepet. Opioidavhengige er rusavhengige som har utviklet et avhengighetsforhold til opioider. (Li m.fl. 2012) I følge McCaffery & Pasero (2001) definerer The American Pain Society opioidavhengighet som «*et mønster av tvangsbruk av narkotika karakterisert av gjentatte behov for et opioid og behov for å bruke det med annen hensikt enn smertelindring.*» (McCaffery & Pasero, 2001: 77) De legger vekt på at det ikke kan kalles avhengighet,

dersom en bruker opiat er kun med den hensikt å smertelindre. De legger også vekt på at det skal være et kontinuerlig behov dersom det kan kalles avhengighet. (Ibid)

Avhengighet kan deles inn i fysisk og psykisk avhengighet. Fysisk avhengighet er knyttet til toleranseutvikling og abstinens og oppstår når stoffet skaper forandringer i organismen slik at man ikke uten videre kan slutte og tilføre kroppen stoffet uten at kroppen reagerer fysisk. (Hafseng, 1998) Psykisk avhengighet kan forklares som en psykologisk metode som tas i bruk som en hjelp til mestring av problemer. (Hafseng, 1998; Fekjær, 2004) Med andre ord kan det beskrives som en tilstand der stoffet gir en følelse av tilfredsstillende av et psykisk behov som gjør det nødvendig med inntak av stoffet for å unngå ubehag eller å gi behag. Selv om en er fysisk avhengig av et medikament trenger ikke det å bety at personen er en misbruker. Utvikling av fysisk avhengighet kan oppstå ved langvarig bruk av opioider ved for eksempel smertelindring. Dette kan sees ved toleranseutvikling, der vanlig dose av legemidlet har begynt å miste effekt, og en må innta større dose for tilfredsstillende effekt. (McCaffery & Beebe, 1996) Det er først når avhengigheten er blitt psykisk at medikamentbruket kan betegnes som misbruk. Psykisk avhengighet kan kjennes igjen ved at personen tvangsmessig bruker mye ressurser på å få tak i stoffet på grunn av den psykiske effekten opioidet har på han. Dette kan gjelde selv etter at smertene og eventuelle abstinenssymptomer er borte (Ibid). I oppgaven går vi ut i fra at personen er både fysisk og psykisk avhengig.

Abstinens defineres som avholdenhet fra alkohol og narkotiske midler. (Nylenna, 2009) Ved smertelindring hos rusmisbrukere er abstinens- og toleranseutvikling viktig å kunne noe om. I denne sammenhengen kan abstinens oppstå dersom personen er blitt fysisk avhengig av et opiat og at inntaket blir redusert eller opphører. (Hafseng, 1998) Det kan forklares sånn at kroppen har blitt vant til å ha stoffet i kroppen for å fungere «normalt», og da stoffet ikke lenger blir tilført svarer kroppen med fysiske symptomer. Vanlige abstinenssymptomer ved opioidbruk er angst, smerter, uro, irritabilitet, problemer med søvn og konsentrasjonsvansker. (Ibid) Graden av abstinenssymptomene og varigheten vil variere fra person til person, og oppleves på ulik måte.

Toleranse kan defineres som «*evne til å tåle stadig mer av ett stoff.*» (Nylenna, 2009:479) Mens toleranseutvikling beskrives ved «*utvikling av toleranse for en bestemt virkning av et legemiddel med behov for økt dosering for å beholde samme effekt.*» (Nylenna 2009:479). Det

handler altså om at bruker som utvikler toleranse for et stoff, i dette tilfellet et opioid, vil trenge stadig høyere doser for å oppleve smertestillende effekt.

I Norge i 2006 ble det anslått at omtrent 11-15 000 mennisker var injiserende rusmiddelavhengige. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) I 2005 var det 184 personer som døde av overdose. Det er antatt at heroin ofte er den utløsende årsaken ved overdosedødsfall, og da særlig i kombinasjon med andre rusmidler eller legemidler. (Ibid)

I denne oppgaven har vi valgt og ta for oss personer som misbruker eller er avhengig av opioider. Vi har valgt heroin og morfin, da disse er de legemidlene som oftest blir misbrukt. Heroin er oftest å se blant injiserende rusmisbrukere. Opioider er en fellesbetegnelse for alle de smertestillende medikamentene som har samme virkningsmekanisme som morfin. (Slørdal & Rygnestad, 2010) Opioider går under kategorien for sentralnervøse hemmende legemidler. (Slørdal, 2010) Kort forklart virker de smertelindrende ved å hemme stimuli til smertereseptorer i ryggmargen samt å aktivere hemmende smertebaner i thalamus. (Slørdal & Rygnestad, 2010) De påvirker hvordan smerteimpulsen transporteres fra ryggmargen til hjernen og også hvordan hjernen oppfatter og reagerer på smertestimuli. De demper altså nervesystemets aktivitet og påvirker den måten smerten oppfattes på. I tillegg kan de også fremkalle en følelse av velvære og eufori. (Slørdal, 2010)

Både morfin og heroin går under kategorien opioider. Heroin er et syntetisk stoff som er produsert ut ifra morfin. Det har en kraftig smertestillende effekt og er svært avhengighetsdannende, i likhet med andre opioider. (Fekjær, 2004; Slørdal,2010) I Norge er den vanligste måten å innta stoffet på gjennom injisering. Da blandes heroinpulveret med vann og injiseres rett i blodåren. Dette gir en rask virkning, men har kort virksomhet. I tillegg fører dette til stor fare for infeksjoner. Stoffet kan også røykes, men dette er mindre utbredt i Norge. Effekten vil da bli noe mindre, da en del av stoffet vil bli forbrent. (Fekjær, 2004) Morfin er et av innholdsstoffene i opiumsvalmuen som opium blir utvinnet fra. I likhet med heroin kan morfin også injiseres, men morfin er i tillegg brukt mye som legemidler, da i form av tablett, oppløsninger eller stikkpiller. (Fekjær, 2004)

5.1.3 Postoperativ smertelindring

Nordtvedt & Nordtvedt (2001) forklarer smerte som:

«..en tilstand hvor emosjonelle, fysiologiske, sosiale og kulturelle forhold står i et kontinuerlig og dynamisk samspill i et nervesystem som er under stadig forandring. Gjennom emosjonelle og kognitive forhold, som stress, gjennom læring og gjennom erfaring bearbeides smerten i hjernen og påvirkes samtidig av kjemiske impulser og impulser fra ryggmargens bakhorn.» (Nortvedt & Nortvedt, 2001: 44) Ut i fra dette forstår vi at smerter blir «tolket» i hjernen ut i fra ulike påvirkninger, både indre og ytre. Smerten bearbeides i hjernen vår gjennom ulike mekanismer, blant annet både stress og læring, og gjennom kjemiske impulser i nervesystemet i hjernen. Smerten er det pasienten sier det er, da kun han kan vite hvordan det føles.

Sykepleierteoretikeren Travelbee (1999) definerer smerte som et begrep som kan forklares ut i fra menneskelig erfaring. Hun mener videre at smerte er et vagt begrep, fordi smerten ikke i seg selv kan observeres, det er kun virkningene av den som vi kan registrere. Smerte og lidelse er erfaringer som kan være intense og ensomme. Når en person opplever dette intenst, vil det være vanskelig å formidle det til andre, slik at de kan forstå det fullt ut. Det vil også være vanskelig å vurdere smerten med tanke på grad og smerteintensitet. Helsearbeidere vurderer smerten til pasienter ut i fra egne oppfatninger, men de kan aldri være sikre på at de vurderer smerteintensiteten riktig som den syke pasienten opplever. (Travelbee, 1999)

Smerte kan beskrives som en sammenfattet subjektiv opplevelse der pasientens psykososiale tilstand og kulturelle faktorer kan spille inn på selve smerteopplevelsen. Det at smerte er subjektivt, vil si at det kun er personen som opplever smerten som kan vite hvordan det føles. Denne opplevelsen kan altså variere fra person til person, og kan variere ved ulike situasjoner. Noen tåler mer smerte enn andre. Det er kun den personen som kjenner smerten som vet hvor intens og langvarig den er. Hvordan vi opplever smerte kan ofte forklares ut i fra kultur, nærmiljø og ulike uskrevne normer som han har vokst opp med. (Berntzen m.fl. 2010b) Man kan prøve å beskrive smerteopplevelsen til andre, men dette er ofte komplisert da det er vanskelig å få uttrykt det med ord. Det finnes enkelte observerbare tegn som kan tyde på at en pasient har smerter. Rask puls, blekhet og svette er symptomer som kan oppstå fra det autonome nervesystemet. Men disse symptomene trenger likevel ikke å være tilstede. (Ibid) Dette er med på å vanskeliggjøre smertelindring, da det ikke alltid finnes observerbare

tegn på hvor vondt pasienten faktisk har, samt at pasienten kanskje ikke klarer å beskrive smertene på en slik måte at sykepleier forstår omfanget. Li m.fl (2012) legger vekt på at smerte er en kompleks følelsesmessig og sensorisk opplevelse som må vurderes ut fra både biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer. Her kommer viktigheten av å spille på lag med pasienten inn.

Smerte deles hovedsakelig inn i fire hovedtyper, nociseptive smerter, nevrologiske smerter, psykogene smerter og smerter av ukjent årsak, idiopatiske smerter. Nociseptive smerter er de vanligste smertene vi opplever ved for eksempel skade, kutt, brannsåre og ved operasjon. Nociseptorene blir stimulert ved alle typer akutt vevsskade. Ordet «nociseptiv» er avledet av noxa som er latinsk og betyr skade. Ved bruk av analgetika reduseres smerten. Nociseptiv nerveledning er oppbygd slik at smertene vi har kan påvirkes av både sentralt og perifert virkende analgetika. (Slørdal & Rygnestad, 2010) Smerte er en følelse vi har som kan oppleves som skremmende og ubehagelig.

Som sykepleier har man et stort ansvar når det kommer til å smertelindre pasienter. Sykepleier har ansvar for å observere, kartlegge og kontinuerlig vurdere pasientens smerter, samt å rapportere dette til lege, særlig dersom pasienten opplever mer smerter enn det som bør aksepteres. Det kan være vanskelig for sykepleier å bedømme smerten siden hver pasient kan ha ulikt smerteuttrykk. Det trenger heller ikke være noen observerbare tegn som nevnt over. Da må sykepleier tolke pasientens signaler på smerte. Om sykepleier ikke klarer å fange opp pasientens tegn, eller tviler på det pasienten sier, kan det ende i at smertelindringen ikke blir god nok. Pasientens uttrykk for smerte og reaksjoner han har gjenspeilet hans tidligere erfaringer og kulturelle faktorer. Dette må sykepleier være klar over slik at tolkningen ikke bare blir et resultat av hennes erfaringer og eget skjønn, men også at pasientens opplevelse blir tatt med i bedømmingen. Pasienten er da avhengig av å bli trodd og tatt på alvor. Det å ikke bli trodd kan være verre enn selve smerten i seg selv. (Berntzen m.fl. 2010b) I følge Berntzen m.fl. (2010b) er det bevist at dersom sykepleier oppfatter pasientens reaksjon som overdrevet, er det større risiko for at smertelindringen blir dårligere enn om reaksjonen hans blir oppfattet som rimelig. Det er derfor viktig at sykepleier klarer å forstå pasientens opplevelse av smerte og reagerer og handler ut ifra det. Empati og tilstrekkelig kunnskap om smerte og smertelindring vil da være viktig.

Det overordnede målet ved smertelindring bør være at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødvendige lidelser. (Berntzen m.fl. 2010b) Smertelindringen har blitt mye bedre de siste årene siden vi har mer kunnskap og bedre metoder for lindring. Alikevel er det fortsatt mange som opplever å bli underdiagnostisert, og som ikke mottar adekvat smertelindring. Omtrent halvparten av pasientene med behov for postoperativ smertelindring, opplever å ikke bli tilstrekkelig lindret. Dette kan få store konsekvenser for pasientens tilheling etter operasjon. (Berntzen m.fl. 2010b) Det kan være ulike grunner til utilstrekkelig smertelindring. Sykepleier kan overse pasientens tegn til smerte eller tolke smerten annerledes enn pasienten selv. Redsel for avhengighet, samt at man vedlikeholder avhengigheten framfor å kun lindre smertene kan også være tilstede. (Berntzen m.fl. 2010b)

Ved postoperativ smertelindring hos rusmisbrukere som er opioidavhengige er det viktig å tenke på at pasientens misbruk ikke skal stå i fokus. Selv om pasienten er opioidavhengig har han fortsatt like mye krav på smertestillende som andre pasienter. Noe av det som kan være utfordringen er at man må dekke både det basale behovet pasienten har samt det behovet for smertelindring som oppstår etter en operasjon. Her er kartlegging av misbruket en viktig faktor som må tas hensyn til. Ved at pasienten får dekket basalbehovet sitt, kan man unngå abstinenssymptomer. De akutte smertene må så behandles i tillegg. (Berntzen m.fl. 2010b) Her trengs det kunnskaper om rusmisbruk, toleranse og abstinenssymptomer for å klare å møte denne gruppen riktig.

Kartlegging av smerte er som nevnt før en viktig sykepleieoppgave og kan være helt avgjørende for at pasienten skal motta tilfredsstillende lindring. Smertekartlegging er grunnlaget for å vurdere videre hva som er den beste smertelindringsmetoden. Nettopp fordi pasienter opplever smerter forskjellig og fordi de har ulik erfaringsbakgrunn kan kartleggingen være kompleks og dette er noe sykepleieren må være bevisst på. Det er viktig for at hun ikke skal bli preget av eventuelle fordommer og oppfatninger som er av stereotype og av egne subjektive erfaringer. (Berntzen m.fl. 2010b) Det er to faktorer som er av betydning med tanke på kartleggingen av smerte; hvilken type smerte pasienten har og hvordan sykepleieren selv definerer smerte. (Nesse & Nordtvedt, 1989) Det finnes ulike hjelpemidler man kan bruke ved slik kartlegging. Smerteskalaer eller smertevurderingsskjemaer blir brukt for å systematisere kartleggingen og gir et grunnlag for å individualisere behandlingen. Disse skalaene skal gjøre det lettere for pasienten og sykepleier når det kommer til vurdering av smerten. I tillegg til at det gir et sammenligningsgrunnlag til

senere. Det er viktig at dette hjelpemiddelet blir brukt aktivt om det skal ha noen nytte. Sykepleieren kan ta med både subjektive og objektive sider ved pasientens smerteopplevelse i kartleggingen. (Nesse & Nordtvedt, 1989) Visuell analog skala (VAS) og numeric rating scale (NRS) er begge skalaer som måler smerteintensiteten fra ingen smerte til verst tenkelige smerte. Disse skalaene er enkle å bruke både for sykepleier og pasient. (Berntzen m.fl, 2010b)

I en studie gjort av 3 sykepleiere som var under videreutdanning i intensivsykepleie ble det gjort en spørreundersøkelse blant sykepleiere og intensivsykepleiere. Dette var en kvantitativ undersøkelse og 58 spørreskjema ble sendt ut ved en intensiv/postoperativ avdeling ved et sykehus i Norge. Det viste seg at på spørsmål om hva sykepleierne gjorde for å sjekke effekten av legemidlene de ga til pasienten, svarte de fleste at de spurte pasienten selv. På spørsmål om hvor mange som brukte VAS - skala viste det seg at kun 10 % brukte VAS som hjelpemiddel til smertebehandlingen. I det daglige arbeidet svarte 67 % at de aldri eller sjelden bruker VAS-skala. (Reiersdal m.fl. 2007) I følge denne undersøkelsen vil det altså si at svært få bruker smerteskala som et hjelpemiddel ved smertebedømming ute på arbeidsplassen.

I situasjoner hvor man skal vurdere og planlegge hvilke smertelindringsmetoder som skal velges, må pasienten delta aktivt. Pasientens egne erfaringer og meninger må tas på alvor og prøves. Det er pasienten selv som kjenner sin egen smerte og i denne situasjonen får han på en måte kontroll. (Berntzen m.fl. 2010b) For å lindre smerten, må en finne ut av årsaken til smerten. Det er imidlertid nødvendig å behandle selve smerten framfor årsaken i mange tilfeller. Dette på grunn av at det kan ta for lang tid å fjerne smerten eller at man ikke greier å fjerne årsaken til smerten. (Dietrichs & Gjerstad, 1995)

5.1.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Ordet relasjon kan forstås som at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Vanligvis brukes begrepet relasjon om forhold eller forbindelse mellom mennesker. (Eide & Eide 2009) Evnen til å skape en god relasjon til pasienten er viktig. En god relasjon kan skape kontakt og allianse og kan være avgjørende for resultatet av behandlingen. (Ibid) For å opprette en god relasjon bør sykepleier møte pasient med en aksepterende holdning, som viser omsorg,

toleranse og respekt. Tillit er også viktig for å oppnå en god relasjon. Tillit kan være vanskeligere å skape dersom rusmisbruker har dårlige erfaringer fra tidligere sykehusopphold. I denne situasjonen er det desto viktigere at sykepleier gjør seg verdig pasientens tillit, og klarer å ta imot den tilliten den andre viser. (Nielsen, 2008) Det er viktig at tilliten er gjensidig. Pasienten må stole på at sykepleier har et oppriktig ønske om å hjelpe. Samtidig må sykepleier ha tillit til pasientens opplevelse og beskrivelse av egen situasjon. Å skape forutsetninger for slik gjensidig tillit og et godt samarbeid, er sykepleierens ansvar. Dersom pasienten opplever tillit, respekt og trygghet, kan det forsterke effekten av metoder i smertelindringen. (Berntzen m.fl. 2010b) Siden sykepleie alltid omhandler mennesker, enten direkte eller indirekte, så er sykepleie en «mellommenneskelig prosess». Relasjonen mellom sykepleier og pasient er i en varig prosess. Dette betyr at utfallet av de handlinger og aktiviteter man gjør, stadig kan føre til forandringer i relasjonen. En sykepleieaktivitet er å identifisere og å få frem forandringer på en måte som er målrettet, omtenkfull og innsiktsfull. Sykepleier hjelper personen, familien eller samfunnet om hvordan sykdom og lidelse kan forebygges, og å videre iverksette tiltak på høyest mulige måte for at helsen kan bevares og opprettholdes. (Travelbee, 1999)

Kommunikasjon kan kort forklares som utveksling av ord eller tegn med mening mellom to eller flere personer. (Eide & Eide, 2009) I følge Stewart m.fl. (1995) er gode ferdigheter i kommunikasjon viktig i arbeidet med å forstå pasienten som person og for å skape en god relasjon, gi bedre hjelp og støtte til pasienten. Det er også viktig for å skape et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. (Ibid) All kommunikasjon i sykepleie skal være hjelpende eller profesjonell, altså være til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon skal skape trygghet og tillit og være anerkjennende. Den skal bidra til problemløsning og hjelpe pasient til å meste sin situasjon så langt det er mulig. (Ibid) For at kommunikasjon skal være hjelpende og omsorgsfull må disse tre grunnprinsippene være oppfylt; empati, målorientering og fagkunnskap. Empati går på sykepleiers evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og hun må forstå hans følelser og reaksjoner. Ved målorientering menes det at yrkets overordnede mål -og gi god omsorg og hjelp skal være styrende gjennom kommunikasjonen. Fagkunnskap betyr at man må ha tilstrekkelig faglig kunnskap innenfor alle de ulike emnene som sykepleier møter ved behandling av den spesifikke pasienten-. (Ibid) I vårt tilfelle må sykepleier blant annet ha kunnskap om postoperativ smertelindring, rusmisbruk og opioidavhengighet samt relasjon og kommunikasjonsferdigheter.

Travelbee ser på kommunikasjon som en prosess som danner grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee, 1999) Hun beskriver et menneske-til-menneske-forhold som «en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleier og den som er syk, eller har behov for sykepleierens tjenester.» (Travelbee, 1999: 41) Her blir det lagt vekt på at for at sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk må hun ivareta individets behov for sykepleie, samt benytte seg av en intellektuell tilnæringsmåte til de problemer som oppstår. (Ibid) Når sykepleier møter pasient med omsorg, er kommunikasjon tilstedeværende, både når de snakker sammen og når de er tause. Pasienten som er syk kommuniserer til sykepleieren ved atferd, mimikk, holdning og manerer. Det samme gjør sykepleieren ovenfor pasienten. Gjennom all samhandling vil sykepleier få en mulighet til å bli kjent med pasienten og ivareta hans behov. Hva den syke pasienten kommuniserer, må sykepleieren være i stand til å forstå og i tillegg kunne bruke informasjonen i planlegging av handlingsalternativer i sykepleie. Sykepleie som profesjon må ha kunnskap om hvor vidt det er kommunikasjon tilstede og videre hva som eventuelt kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Kommunikasjon er altså en gjensidig prosess. Sykepleieren bruker den prosessen for å gi informasjon og søke informasjon. Non-verbal kommunikasjon er også en viktig del av kommunikasjonen.. Det betyr gjennom blikk, øyekontakt eller måten som hun iverksetter sine oppgaver på. Og også gjennom holdning og oppførsel. Kommunikasjon kan brukes til å tiltrekke seg mennesker på, frastøte de eller å gi hjelp eller å såre. (Ibid)

Holdning defineres som en vedvarende beredskap til å reagere ovenfor ulike objekter, ideer eller verdier, og da gjerne positivt eller negativt. Holdningen kan da reageres på en positiv eller negativ måte. Ved utførelse av handlinger, oppfatninger og meningsytringer kommer holdninger til uttrykk. Holdningene kan være basert på våre egne erfaringer eller kunnskap. Holdningene er ofte relativt ureflektert fra nær omgangskrets som venner, familie og andre grupper. (Teigen, 2012) Holdning inngår i en sosial sammenheng og den blir lett en del av personens selvoppfatning og kan derfor være vanskelig å forandre. Videre er ofte holdningen vår med på å bestemme hvordan vi vil forholde oss til ny informasjon. I følge Teigen (2012) viser forskning at relasjonen mellom atferd og holdning er komplisert og at endret holdning ikke nødvendigvis vil føre til at vi endrer atferd. Endringer i holdninger kan oppstå når ulike holdninger kommer i konflikt med hverandre eller når uoverensstemmelser mellom holdning og handling skjer. Etablering og endring av holdninger kan skje ved hjelp av mange ulike prosesser der noen kan være åpenbare, altså gjennom bevisst påvirkning. Andre kan være skjulte. Holdninger er ofte en konsekvens av en handling. (Teigen, 2012)

Vi har 3 ulike komponenter innenfor holdning, den kognitive, den følelsesmessige og den atferdsmessige. Disse tre inneholder henholdsvis det vi mener og tenker om et tema, hvilke følelser vi har og hvordan vi oppfører oss. (Håkonsen, 2003)

Den kognitive: Gjennom det vi hører, ser og oppfatter får vi ulike synspunkter og tanker om ting. Meninger og kunnskap dannes ut i fra ulike erfaringer og opplevelser, som ofte grupperes sammen. (Ibid)

Den følelsesmessige: Dette innebærer positive og negative reaksjoner. Eksempel på negative reaksjoner kan være fordommer. Positive reaksjoner kan være at vi liker noe, eller sympati og respekt. (Ibid)

Den atferdsmessige: Våre holdninger kommer til uttrykk i hvordan vi handler og reagerer. Men her kan de vanskelige spørsmålene dukke opp rundt holdninger. Vår atferd står ikke helt i forhold til hvordan vi reagerer (tanker og følelser). Noen ganger kan vi gjennom atferden gjøre det helt motsatte. (Ibid)

Etikk kan være et sentralt tema både når det kommer til relasjon og holdninger. Rådet for humanistisk forskning (RHF) definerer etikk som ”*systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger.*” (Eide & Eide, 2009: 51)

Beauchamp og Childress har utviklet et etisk rammeverk, som består av fire prinsipper. (Slettebø, 2009) Disse fire etiske grunnprinsippene er autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Disse prinsippene er likeverdige, altså ingen skal rangeres ovenfor noe annet. (Brinchmann, 2010) Autonomi går ut på at sykepleier har en plikt til å respektere beslutninger tatt av en autonom person. Ikke-skade-prinsippet går ut på plikten til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen som pasienten får. Velgjørenhet vil si at sykepleier har en plikt til å handle godt mot andre. Rettferdighets-prinsippet sier noe om at sykepleier har en plikt til å behandle like tilfeller likt og være rettferdig ved ressursfordelen. (Brinchmann, 2010; Slettebø, 2009)

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er grunnlaget for sykepleie definert på følgende måte: «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets*

liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.» (NSF, 2011) Retningslinjene sier at det er sykepleiers plikt å vise omsorg for mennesker som lider, uansett hva som er årsaken til lidelsen. Etske utfordringer som sykepleier kan være alt fra problemer knyttet til verdier, holdninger, respekt og til moralske konflikter.

Målet med sykepleierutdanningen består blant annet av at studenten skal ha et helhetlig menneskesyn. Studenten skal vise respekt for menneskets integritet og rettigheter, og bevare autonomien til brukeren og deres rett til medbestemmelse. Studenten skal og identifisere etiske dilemmaer i sosialt arbeid, i praktisk helsearbeid og på samfunnsplan. I tillegg skal studenten ovenfor etiske problemstillinger kunne reflektere over dette og ha etisk handlingsberedskap og avsløre verdikonflikter. Sykepleierutdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom. Respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet er grunnlaget for all sykepleie. Sykepleiere skal fokuseres, i stedet for baseres på omsorg, respekt og barmhjertighet for grunnleggende menneskerettigheter. (Kunnskapsdepartementet, 2008)

5.2 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse ett tema vi selv har manglende kunnskaper om. Vi ønsker å tilegne oss kunnskap, slik at vi kan føle oss tryggere og mer rustet for slike situasjoner når vi skal ut i arbeidslivet. Vi mener at det har vært lite fokus på dette under utdanningen, og vil derfor benytte anledningen til å fordype oss i dette temaet. Med oppgaven har vi også ett ønske om å skape oppmerksomhet rundt dette området for sykepleiere og andre grupper som jobber med denne pasientgruppen. Hensikten er altså å bidra til å styrke sykepleiefaget og sykepleiepraksis.

Ut i fra valgt tema har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvilke utfordringer med hensyn til smertelindring står sykepleier ovenfor i møte med rusmisbruker?»

5.3 Avgrensning

Vi har valgt å skrive om rusmisbrukere og begrenset det til opioidavhengige pasienter. Velger å ikke ta med de som er tidligere rusmisbrukere. I oppgaven vil vi bruke rusmisbrukere og opioidavhengige litt om hverandre. Vi bruker ”han” om rusmisbruker og ”hun” om sykepleier. Vi vil ikke ta med rusmisbrukere som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), da LAR-pasienter har klare retningslinjer ved smertebehandling. Siden smertelindring kan omfatte så mangt, vil vi i denne oppgaven fokusere på smertelindring i den postoperative fasen. Avgrensning i forhold til type operasjon vil ikke bli gjort. Vi går ut i fra at pasienten har vært igjennom en operasjon som medfører smerter postoperativt. Når det gjelder den postoperative fasen, har vi valgt å avgrense fra pasienten er tilbake på post og vi antar at han er stabil. Pasienten har et normalt postoperativt forløp. Vi går ut i fra en vestlig pasientgruppe som vi kan kommunisere med enten på norsk eller engelsk. Alder har vi valgt å ikke spesifisere da vi ikke har funnet noe grunnlag for dette. Med tanke på pasienten går vi ut i fra at han ikke har noen andre diagnoser eller lidelser som kan ha innvirkning på smertelindringen. Dobbeldiagnose-problematikken har vi valgt å ikke ta stilling til i oppgaven, da vi mener det ville blitt for omfattende. Pasienten er innlagt for en somatisk lidelse eller sykdom, uavhengig av sitt rusmisbruk.

Smertelindring består av to ulike faktorer: medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. I mange situasjoner kan smerter lindres uten medikamenter, med ikke-medikamentelle metoder. I følge Den Norske Legeforening 2009 er kognitiv atferdsterapi og metoder om avspenning er ikke-medikamentelle metoder som er dokumentert med god effekt. Massasje, akupunktur og transkutan elektrisk nervestimulering (TNS eller TENS) er andre eksempler. (Berntzen m.fl 2010b). Vi velger å ikke gå noe nærmere inn på dette, i og med at vi har fokus på medikamentell smertelindring.

Vi har funnet litteratur som viser at det kan være forskjell mellom nyutdannede sykepleiere og sykepleiere med lang erfaring, når det kommer til vurdering av smerte. (Lien m.fl, 2010) Vi har valgt å ikke ta hensyn til dette i oppgaven vår. Forskning viser at faren for smitte ved for eksempel HIV og hepatitt kan være til stede med denne pasientgruppen, og at dette kan

vises blant annet i form av holdninger og fordommer, men har valgt å ikke ta stilling til dette i oppgaven. (Jage & Bey, 2000)

6.0 METODE

6.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven vår er gjennomført som en litteraturstudie. I denne metoden er det litteraturen som er informasjonskilden. Det vil si innsamling av data og at disse dataene kommer fra ulike kilder. (Olsson og Sörensen, 2003) For at det skal være en litteraturstudie må forfatter ha søkt systematisk, analysert, kritisk gransket og sammenfattet litteraturen innen valgt emne eller til en spesifikk problemstilling. (Forsberg & Wengström, 2008) Forsberg og Wengström (2008) legger også vekt på at en litteraturstudie skal bygge på tidligere studier, og at en derfor ikke bruker egne undersøkelser eller intervjuer. Siden en litteraturstudie baseres på allerede eksisterende litteratur, må vi som forfattere av oppgaven kritisk vurdere tolkninger og konklusjoner. (Dalland, 2012)

6.2 Litteratursøk

Oppgaven vår er en ikke-empirisk studie, noe som betyr at oppgaven ikke baseres på våre observasjoner, erfaringer og undersøkelser. (Dalland, 2012) Vi har derimot basert oppgaven vår på allerede eksisterende litteratur, funnet ved systematisk søk av forskningsartikler i databaser. I tillegg har vi valgt å bruke selvvalgt litteratur for å belyse problemstillingen ytterligere. Ved denne metoden er det viktig å drøfte funn av materialet kritisk med tanke på validitet og forskningsetikk.

Siden vår oppgave er basert på andres forskning, må vi vurdere forskningen kritisk i forhold til de etiske retningslinjene. Lov om forskningsetikk er til for å beskytte forskningslitteratur. Formålet med forskningsetikk er å forebygge forfalskning og plagiering.

(Forskningsetikkloven, 2006) Dette skal bidra til at regler, normer og verdier blir ivaretatt.

Ved å være nøye med å henvise riktig, har vi bidratt med å anerkjenne andres arbeid og unngå plagiat. Da vi gjennomgikk valgte artikler har vi hatt fokus på om de etiske

retningslinjene har blitt fulgt. At personvern, taushetsplikt og informert, frivillig samtykke er

overholdt, og at anonymiteten er bevart er viktig for at studien skal være etisk forsvarlig. (Dalland, 2012) Det er ikke alltid disse prinsippene kommer like godt frem i artiklene, men siden studien er godkjent og publisert i vitenskapelige tidsskrifter går vi ut i fra at de har blitt gjennomgått av en etisk komité og at de følger de etiske retningslinjene.

For å hente inn bakgrunns litteratur har vi benyttet oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som vi mener er relevant for vår problemstilling. Vi har benyttet oss av Høgskolen i Gjøvik sin database BibsysAsk for å søke. Videre har vi søkt på internett, noe som har gitt oss en god oversikt og faglig bredde over emnet. Eksempler på nettsider vi har brukt er www.unn.no og www.sykepleierforbundet.no. I tillegg har vi sett på diverse statusrapporter utgitt av kunnskapsdepartementet og helse- og omsorgsdepartementet, som vi mener har gitt oss en god forståelse av hvordan situasjonen er i Norge i forhold til rusmisbruk. Vi har sett at det er mye stoff som ligger ute på internett, og at det er en utfordring å vite hva som er troverdig fagstoff.

I denne oppgaven ønsker vi å finne artikler som er utarbeidet etter både kvalitative og kvantitative metoder. Begge metodene har utgangspunkt i å bedre forståelsen av samfunnet vårt, samt hvordan samhandlingen er mellom enkeltpersoner, grupper og institusjoner. Med kvalitativ metode menes at man fanger opp opplevelse og mening som ikke lar seg måle og tallfestes. Ved en kvantitativ metode innhentes det data i form av målbare enheter, for å finne gjennomsnitt og prosenter. Når vi benytter oss av begge disse forskningsdesignene gir dette oss to ulike forskningsvinkler. (Dalland, 2012)

Når det kommer til søk av vitenskapelige artikler har vi brukt databasene «Cinahl», «Academic Search Elite», «Ovid Nursing database» og «SveMed+». Vi har blant annet brukt følgende søkeord «pain», «management», «postoperative», «substance users/abuse», «nurs*», «stigmatizing» og «challenges». Viser til vedlegg 1 for den fullstendige søkeprosessen. Vi har gjort disse valgene for inklusjons- og eksklusjonskriterier: Artiklene må ha blitt skrevet i år 2000 – 2013. Dette fordi vi vil ha den nyeste og mest oppdaterte forskningskunnskapen. Vi har valgt og kun innhente kunnskap fra vestlige land, dette fordi vi mener ikke-vestlige land kan ha et noe annet syn på blant annet smerter. Kultur og levemåte kan også være noe ulik. Artiklene vi har funnet er fra Norge, Island, USA og Australia, dette er alle vestlige land. Vi har valgt og ta med artikler som beskriver ulike perspektiver, altså både fra sykepleier- og

pasientperspektiv. Dette for å få et bredere utgangspunkt når vi skriver oppgaven. Skjemaet under viser andre kriterier vi har hatt for funn av vitenskapelige artikler.

<u>Inklusjonskriterier</u>	<u>Eksklusjonskriterier</u>
Både kvinner og menn	Dobbeltdiagnose-problematikk
Vestlige land	Ikke-vestlige land
Forskningsartiklene er publisert i anerkjente forskningsrelaterte tidsskrift.	Bachelor eller hovedoppgaver på profesjonsstudiet.
Artikler skrevet etter år 2000	Studier med store metodiske svakheter.
Alle aldersgrupper er inkludert	Under vitenskapelig nivå 1

For å lette arbeidet når vi skulle orientere oss i de ukjente tidsskrifter, har vi valgt og ta utgangspunkt i IMRAD-strukturen. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. (Dalland, 2012) Dette er den mest brukte metoden for oppbygning og struktur av artikler. Vi har brukt denne strukturen som en veiledning i oppbygning av egen oppgave, samt ved vurdering av artikler vi har valgt og bruke. Alikevel har vi funnet artikler som ikke følger denne strukturen, men fordi innholdet har vært svært relevant for vår problemstilling har vi valgt å bruke dem likevel. Viser til vedlegg 2, for analyse av artikler.

6.3 Kildekritikk

Formålet med kildekritikk er at det skal komme fram hvilke vurderinger som er gjort med tanke på gyldighet og relevans av utvalgt litteratur. Det betyr at vi kritisk skal vurdere litteraturen vi har brukt. (Dalland, 2012) For å vurdere om artikkelen er relevant vil vi se på innholdet, og se om kilden kan være med på å belyse problemstillingen vår. Når det kommer til gyldighet og holdbarhet har vi i tillegg til årstall valgt og se på metodedelen i artikkelen. Altså sett på hvilken metode som er brukt, og om det er noen svakheter. Hvor mange deltagere har vært med i studien? Er metoden beskrevet tydelig? Hvor lang tid har studien gått over? Dette er spørsmål vi har tatt stilling til ved gjennomgang av artiklene for å finne ut om de er til å stole på. Vi har også lagt vekt på at resultatet av studien bør være godt beskrevet, og gjerne ha med forslag til videre studier.

Vi har brukt nettstedet «Publiseringskanaler» for å sjekke om artiklene faktisk er på et vitenskapelig nivå da dette er et av Høgskolerådets kriterier. For at en artikkel skal kunne klassifiseres som vitenskapelig, må den være på nivå 1 eller nivå 2. Nivå 1 vil si ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og nivå 2 er de kanalene med høyets internasjonal prestisje. Vi har på grunnlag av dette ikke inkludert artikler som ligger under vitenskapelig nivå 1, da troverdigheten kan være svekket.

I vårt arbeid med denne oppgaven har vi brukt mye tid på å gjennomgå og analysere de vitenskapelige artiklene vi har valgt å bruke. Vi har brukt mye tid på å forstå det forfatterne vil meddele. Siden oppgaven vår går ut på å tolke andres forskning, vil muligheten for feiltolkning alltid være til stede. Men vi mener at ved å sette seg ordentlig inn i artiklene, og reflektere over innholdet så vil muligheten for feiltolkning bli redusert.

7.0 RESULTATER

Vi har funnet ti vitenskapelige artikler som vi synes er relevante i forhold til problemstillingen vår. Viser til vedlegg 2 for analyse av artiklene.

7.1 Smertelindring til rusmisbrukere

Kongsgaard m.fl.(2005) gir en oversikt over viktige problemstillinger man kan møte på ved smertelindring ved stoffmisbruk. Postoperativ smertelindring ved akutte smerter til denne gruppen er ofte komplisert grunnet medisinske og psykiske problemer samt traumer. En må beholde vedlikeholdsdosen pasienten trenger for å unngå abstinenssymptomer, samt behandle de akutte smertene. Da disse pasientene ofte er tolerante for opioider, krever de ofte en mye større dose opioider enn det som er vanlig postoperativt. En annen utfordring kan være at rusmisbrukere ofte ikke klarer å skille mellom smerter, angst, ubehag og stress, noe som gjør dette til en krevende gruppe og behandle. Smertebehandling til denne gruppen er gjensidig tillit en forutsetning for vellykket behandling.

I en studie gjort av Li m.fl. (2012) blir smertelindring til rusmisbrukere beskrevet som *«spesielt krevende fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som igjen forsterker smerteopplevelsen og kompliserer adekvat smertelindring.»* Ved oppfør av opioider kan abstinenssymptomer oppstå, og dette sammen med smerte kan føre til at pasienten føler angst, aggressivitet og uro. Li m.fl. (2012) mener at mangel på kunnskap om opioidavhengighet og smertelindring er en viktig årsak til utilstrekkelig smertelindring. Mange opioidavhengige velger å ikke si i fra om at de er misbrukere i frykt for å bli stemplet som russøkende. Ut ifra forskning som finnes kan det være grunn til å tro at utilstrekkelig smertelindring kan forsterkes dersom pasienten er misbruker av legemidler.

Manias m.fl. (2002) har utført en studie for å belyse interaksjonen mellom pasient og sykepleier når det kommer til smerte og smertelindring i en postoperativ fase. Studien viser at sykepleier og pasient ofte har ulikt syn på smerte. Sykepleier baserer oppfatningen sin på

egen kunnskap, tidligere erfaringer med smerte, type operasjon, pasientens alder, kjønn og kultur samt hvilken postoperativ dag det er. Mens pasientene er de som faktisk føler smerten på kroppen. Det er vist at sykepleier ofte bedømmer smerte lavere enn det pasienten selv gjør. Forsinket utlevering av smertestillende medikamenter grunnet avbrytelser, sykepleiers observasjon og tolkning av pasientens smerte og sykepleiers syn på andres smerte er faktorer som kan spille inn på om pasienten blir tilstrekkelig smertelindret. I tillegg trekker de også fram sykepleiers forhold til annet helsepersonell og hvor lang erfaring de har innen yrke som en annen faktor. Tilfeller viste at sykepleier valgte å ha fokus på pasientens evne til å tolerere smerte, framfor selve smertelindringen.

En av de vanligste grunnene for å ikke akseptere og handle på pasientens beskrivelse av egen smerte er at man tror de er avhengige. I følge McCaffery & Pasero (2001) er det viktig å skille mellom de som misbruker opioider og de som tar det fordi de ønsker å lindre smerter, uansett dose og lengde på behandlingen. Selv om pasienten er avhengig, fortjener han fortsatt den beste smertelindringen han kan få. En skal altså ikke tilbakeholde opioider grunnet avhengighet. Artikkelen legger vekt på at man bør samarbeide med pasienten. Man bør høre på hvilke legemidler pasienten mener virker og ta dette med i kartleggingen. Også her blir det nevnt at pasient som er opioidtolerant, kan trenge mye høyere dose for å lindre smerte enn en som ikke er det. Videre blir det nevnt alternative måte å se på ulike situasjoner der en møter en russøkende pasient, som kan være med på å forklare atferden. Ofte er det utilstrekkelig smertelindring som er motivet bak slik atferd.

I følge Blay m.fl. (2012) var flertallet (54%) av rusmisbrukere fornøyde med den smertelindringen de mottok mens de var innlagt. Dette tallet sank noe ettersom tiden gikk. Dette var til tross for at de noen mente at de hadde fått forskrevet legemidler som ikke var like effektive for smertene de opplevde. Pasientens tolkning av hvor mye sykepleier satt seg inn i hans situasjon og faktisk gjorde en hederlig innsats for å lindre smerte var viktig for om pasienten var fornøyd eller ikke. Det kom fram at rusmisbrukere generelt har en større tilro til at opioider var det beste smertestillende medikamentet enn resten av befolkningen, og at dette gjerne var det de ønsket. I tillegg ble det belyst at forsinkelse i utdeling av medikamenter var en faktor til frustrasjon hos pasientene. I likhet med annen forskning blir kartleggingsverktøy tatt fram som et viktig hjelpemiddel for å oppnå tilstrekkelig smertelindring, da særlig hos denne gruppen.

En studie gjort av Manias m.fl. (2005) viser at pasienter føler de får for lite informasjon om smertetoleranse og smertelindring i forbindelse med operasjon. Noe som kan ha sammenheng med at pasienten ikke føler de mottar effektiv smertelindring. Denne studien ville undersøke hvilke strategier sykepleier brukte ved postoperativ smertelindring. Smertelindringen ble sett på som effektiv når sykepleier oppfattet og responderte på pasientens signaler om smerte, og handlet raskt for å lindre. Samarbeid med pasienten under hele prosessen var viktig. Det kom også fram at sykepleier ofte overså eller bagatelliserte pasientens smerter, noe som førte til at smertestillende ikke ble gitt. I de fleste tilfellene ble det ikke utført forebyggende smertelindring. Pasienten mottok altså smertestillende først etter at smertene var blitt store. Kun i 11 % av tilfellene ble det utført forebyggende smertelindring. Her ble pasienten ofte bedt om å si i fra så fort han merket ubehag, slik at smerten kunne behandles før de eskalerte. Det ble også vist at sykepleier ofte ble avbrutt i arbeidet, og hadde en travel arbeidsdag, noe som igjen kan føre til at sykepleier lettere overser pasientens tegn til smerter og blir distraheret til å gjøre andre ting.

Dihle m.fl. (2006) trekker i likehet med andre studier frem den høye forekomsten av postoperative smerter. De legger vekt på at manglende kunnskaper om postoperative smerter, mangelfull vurdering og evaluering av smerter samt sykepleiers holdninger til andres smerter som viktige barrierer. Også her ble det vist at sykepleier sjelden ga informasjon om det postoperative forløpet, da særlig i forhold til smerter. Dette ble ikke gjort tross sykepleier fastslo at det var viktig informasjon for pasienten da særlig i forhold til hvordan kommunisere om smerter samt forventninger til hvor smertelindret det er rimelig å være etter en operasjon. Når det kom til smertebehandling, var det ulik måte å gripe ann situasjonen i forhold til kommunikasjon. En direkte tilnærming, med klare spørsmål rettet til smertefølelsen var ofte det som ga best resultater framfor en indirekte tilnærming. Det ble også her nevnt fordelene ved å forebygge smerter framfor å behandle når de oppsto, da det er vanskeligere å lindre når smertene er blitt intense. Det ble trukket fram at sykepleier ofte stolte svært mye på egne ferdigheter til smertebedømming, og heller ikke her brukte kartleggingsverktøy om hjelpemiddel. Det kom også fram at sykepleier ikke alltid brukte den kunnskapen hun hadde om smertelindring, men fulgte de rutiner som var på avdelingen uten å reflektere over dette.

Blondal og Halldorsdottir (2009) har utført en studie som belyser utfordringer sykepleier kan møte ved smertelindring. Disse beskrives som å lese pasienten og deres smerter, indre konflikter sykepleier har, sykepleiers forhold med lege som forskriver smertestillende og

organisatoriske hindringer. De motiverende faktorene for sykepleier til å opptre som pasientens advokat i en slik situasjon er moralsk forpliktelse i forhold til valgt yrke, kunnskap, erfaring og selvtillit og overbevisning. Sykepleiers evne til empati varierer, og dette kan spille en stor rolle når det kommer til smertelindring. Dersom sykepleier ikke kan sette seg inn i pasientens situasjon og forstå hans smerte kan det bli vanskeligere å forstå hvordan pasienten har det. Mangel på tillit til pasienten og sykepleiers holdninger kan også være hindre. Pasienter som var avhengige syntes å være en særlig utfordring, da sykepleier synes det var vanskelig å bedømme hvor mye smerter de hadde og hvor mye smertestillende de faktisk trengte. Sykepleiers forhold til lege kunne og by på utfordringer, da særlig dersom hun var uenig i det som var forskrevet i forhold til pasientens smerter. Det blir nevnt at det er viktig at lege og sykepleier forholdet er bygget på tillit og at de kan samarbeide når det kommer til smertelindring.

7.2 Relasjon og holdninger

I en studie utført av Morgan (2006) viste det seg at holdninger og fordommer mot rusmisbrukere forstøtt er noe man møter på sykehus. Studien viser ulike strategier som den rusavhengige bruker for å oppnå tilstrekkelig lindring av smerte. Valget av strategi er avhengig av den interaksjonen pasienten oppnår med helsepersonell, og om han føler seg respektert eller ikke. Alle deltagerne hadde opplevd negative episoder tidligere, og de fleste hadde opplevd å bli behandlet som en «junkie» under innerliggende periode. Faktorer som kunne ha innvirkning på om rusmisbruker følte seg respektert av personale var kjønn, sosial status, språk forskjeller, ulike holdninger blant personalet og personalets generelle kunnskap om smerte og avhengighet. Selv om noen for det meste opplevde å bli respektert og hørt på, var det andre som følte å ikke bli trodd på, og som ble sett på som vanskelig og russøkende.

Haber m.fl. (2009) har skrevet en artikkel på hvordan man kan behandle sykehusinnlagte rusmisbrukere for å få et best mulig resultat. Helsepersonellens holdning til rusmisbrukere blir tatt opp som et av de viktigste faktorene ved dannelse av et terapeutisk forhold til pasienten. Dette innebærer blant annet å respektere pasientens autonomi, vise empati gjennom kommunikasjon, ikke dømme pasienten og være samarbeidsvillig. Rusmisbrukere blir ofte oppfattet som vanskelige og er en utfordrende gruppe og behandle. Dette er ofte grunnet abstinenssymptomer. I følge Haber m.fl. (2009) kan det å ha en aktiv tilnærming framfor en

passiv tilnærming kan ofte forhindre dette når det kommer til å gi smertelindring. Det er viktig å både ta pasienten på alvor, og å vise dette til han når det kommer til pasientens opplevelse av smerte. Det blir også belyst hvor viktig det er at helsepersonell får tilstrekkelig med opplæring for å lettere få pasienten til å føle seg hørt og trygg.

Li m.fl. (2012) belyser at stigmatisering av denne pasientgruppen og holdninger ofte er tilstedet og er en vesentlig årsak til utilstrekkelig smertelindring. Holdninger og kunnskap henger ofte tett sammen og vil da påvirke beslutningsprosessen til sykepleier. Sykepleier bør ha den kunnskapen som skal til for å behandle denne gruppen, men hvor vidt dette møter pasientens behov kan være avhengig av de holdninger sykepleier har. Økt kunnskap er igjen en viktig faktor når det kommer til endring av holdninger. Videre viser de hvor viktig det er med et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Rusmisbrukere har ofte dårlig erfaring med smertelindring på sykehus, og kan ha opplevd å bli mistrodd tidligere. Dersom de blir møtt med respekt og tiltro kan dette føre til et godt samarbeid videre. De legger vekt på viktigheten med at helsepersonell tror på pasienten og tar det han sier på alvor, da særlig når det kommer til smertelindring. Undersøkelser viser at et mindretall bruker kartleggingsverktøy som en del av behandlingen, Kun en fjerdedel av respondentene svarte at de brukte smertekartleggingsverktøy. Dette kan skyldes dårlige rutiner, eller det kan skyldes dårlige holdninger til pasientgruppen. Kartlegging er viktig ved smertelindring og manglende kartlegging kan føre til at pasienten blir feildiagnostisert eller underbehandlet. Det kan også brukes som et hjelpemiddel for å ikke bli manipulert og lurt av rusmisbruker. Dette er noe helsepersonell spesielt synes er utfordrende med denne gruppen.

8.0 DRØFTING

8.1 utfordringer ved postoperativ smertelindring til rusmisbrukere

Til tross for at vi har mer kunnskap om smertelindring nå enn tidligere så opplever fortsatt pasienter å ikke bli tilstrekkelig smertelindret i den postoperative fasen når de er innlagt på sykehus. (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Dihle m.fl. 2006) Omtrent halvparten av pasientene med behov for smertelindring, opplever ikke tilstrekkelig lindring. (Berntzen m.fl. 2010b) Vi mener at dette tallet er altfor høyt. Hvorfor skal mennesker gå rundt med unødvendige smerter når vi har så mye kunnskap om hvor viktig smertelindring er og hva som kan bli konsekvenser av for lite smertelindring? McCaffery og Beebe (1996) forteller at smertelindring i en akutt smertefase er viktig. Hvis man ikke mottar tilstrekkelig smertelindring i denne fasen kan det føre til kroniske smerter senere for pasienten, samt forlenging av tilhelings- og rehabiliteringsfasen. Utilstrekkelig smertelindring kan også føre til en rekke uønskkelige faktorer som økt angst, depresjon, dårligere livskvalitet og kan ytterligere svekke en allerede «svak» pasient. (Morgan, 2006) Dette kan være svært uheldige reaksjoner, og kan også koste staten dyrt. Slik vi ser det, bør utgangspunktet for all behandling relatert til smertelindring være at pasienten er optimalt smertelindret i forhold til det man kan forvente i den aktuelle situasjonen.

Når det kommer til gruppen rusmisbrukere viser Morgan (2006) til forskning som forteller at pasienter som er rusmisbrukere oftere enn andre pasienter opplevde utilstrekkelig smertelindring. Det er også vist at rusmisbrukere særlig byr på utfordringer fordi avhengighet knyttet til opioider aktiverer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser som igjen kan forsterke opplevelsen av smerte. (Li m.fl. 2012) I tillegg kan det være vanskeligere for rusmisbruker og skille mellom faktiske smerter og angst, ubehag og stress som kan opptre av ulike grunner. Blay m.fl. (2009) viser til forskning som forteller at opioidavhengige har en høyere smerteintensitet score enn de uten et rusmisbruk, og at de kan trenge tre ganger så mye opioider enn en resten av befolkningen. Kan manglende kunnskap om dette være grunnen til at rusmisbrukere oftere enn andre pasienter opplever å ha mye smerter? Eller er det andre faktorer som holdninger som spiller en større rolle? For sykepleier er det viktig å

være klar over at pasientens avhengighet ikke skal ha noe å si når det kommer til den smertelindringen han mottar. I følge pasientrettighetsloven har denne gruppen like krav og rettigheter som en hvilken som helst annen pasient. Det er ikke pasientens misbruk som skal stå i fokus når pasienten er innlagt på sykehus for en somatisk sykdom eller skade. Allikevel viser forskning at avhengighet ofte blir oppfattet som en utfordring for sykepleier når det kommer til temaet lindring av smerter.

Når sykepleier skal behandle denne gruppen må hun ha kunnskaper om ulike faktorer som kan ha innvirkning på smertelindring. En opioidavhengig pasient, har som regel hatt en langvarig tilførsel av opioider og det vil oppstå forandringer i sentralnervesystemet. Dette kan da føre til økt toleranse for denne typen smertestillende, samt økt følsomhet for smerte samt abstinensreaksjoner dersom tilførselen stopper. (Li m.fl, 2012; Haber m.fl. 2009) Økt toleranse vil ha betydning ved at opioid dosen må oppjusteres og ved at effekten av medikamentet ikke varer like lenge som tidligere, og pasienten derfor spør oftere om smertestillende. Pasienten må få nok opioider til å vedlikeholdet det generelle behovet han har, samt at han må få ekstra smertestillende for å behandle de akutte smertene han har fått i forbindelse med en operasjon. Dersom ikke dette gjøres kan pasienten oppleve abstinenssymptomer som et tegn på at kroppen vil ha opiatet for å fungere normalt. Angst, smerter, uro, irritabilitet, problemer med søvn og konsentrasjonsvansker er eksempler på slike symptomer. (Hafseng, 1998) Slik oppførsel gjør ofte at disse pasientene blir oppfattet som vanskelige og særlig utfordrende av helsepersonell. Dersom utilstrekkelig smertelindring er årsaken til slik oppførsel belyser det viktigheten av å kartlegge misbruket til pasienten, samt å kontinuerlig vurdere effekten av smertebehandlingen pasienten mottar. Forskning viser at det å forebygge smerte framfor å behandle når den allerede har oppstått, kan være med på å forebygge abstinenssymptomer. (Haber m.fl. 2009) Forebyggende smertelindring utføres best i nært samarbeid med pasienten, der pasienten gir uttrykk for når han begynner å merke ubehag, slik at smertene kan behandles før de eskalerer. Her må altså sykepleier ha tiltro til pasienten og stole på hans ord når han gir uttrykk for ubehag. I en observasjonsstudie utført av Manias m.fl. (2005) kom det frem at det kun i 11 % av tilfellene ble gitt forebyggende smertelindring, for å hindre at store smerter oppstod. Slik vi ser det, vil det være lønnsomt og forebygge smerter framfor å behandle de når de allerede har oppstått da dette vil føre til at pasienten vil oppleve mindre lidelser. Samtidig vil det være gunstig for det postoperative forløpet med tanke på mobilisering og aktivitet som er viktig for å forhindre postoperative komplikasjoner. På grunnlag av dette mener vi at det er helt essensielt at

sykepleier har kunnskaper om disse temaene for å kunne møte denne gruppen på en faglig forsvarlig måte.

En frykt som helsepersonell ofte har ved smertelindring til rusmisbrukere er at man ved å administrere opioider kun vedlikeholder avhengigheten. Forskning viser også at de redsel for å bli manipulert av misbrukeren ofte er tilstedet. At de kun er ute etter å oppnå den ruseffekten de er vant med, og at ikke smertefølelsen de beskriver er reell. (McCaffery & Beebe, 1996; Morgan, 2006) Utfordringer for sykepleieren kan bli å skille avhengigheten til pasienten fra det å faktisk være svært smertepåvirket. Dette er ikke alltid like lett. I noen tilfeller kan man se fysiske tegn på akutt smerte, som blekhet, rask puls og svette. Men disse symptomene trenger ikke å være tilstede, pasienten kan fortsatt ha store smerter. Hva skal sykepleier basere sin konklusjon på da? Siden smerte er en subjektiv opplevelse, vil dette variere fra person til person. Noen tåler mer smerte enn andre, og andre har et større behov for medikamentell lindring. Det er derfor vanskelig å gi noe fast svar på hvordan god smertelindring bør utføres.

Det viser seg at sykepleiers og pasientens syn på smerter, sjelden stemmer overens med hverandre. (Manias m.fl. 2002) Sykepleier kan ikke vite akkurat hvor ubehagelig smerten er for pasienten og baserer sin oppfatning på kunnskap, erfaringer, type operasjon, mens det er pasienten som faktisk kjenner smerteintensiteten på kroppen. Her er altså samarbeid og et gjensidig tillitsforhold med rusmisbrukeren er avgjørende for å klare og behandle smertene best mulig. Forskning viser at sykepleier ofte bedømmer smerten som lavere enn det pasienten selv oppfatter det som. (Manias m.fl. 2002) Dersom sykepleier kun går ut i fra egen tolkning av smertene, kan dette føre til at pasienten mottar for lite smertestillende. Resultatet kan da bli at pasienten stadig spør om mer, og kan bli tolket som russøkende, eller så godtar pasienten smertene og lider unødvendig. Derfor bør smertelindring foregå via samarbeid mellom rusmisbruker, sykepleier og lege, som er den som forordner legemidlene. Li m.fl. (2012) mener at en profesjonell tilnærming i en slik situasjon vil være å tro på det pasienten sier, altså ikke tvile på hans rapportering av smerte. Sykepleier bør altså stole på det pasienten sier, og ikke tvile på hans bedømming av egen smerte. Dette kan føre til at sykepleier og rusmisbruker oppretter et respektfullt forhold til hverandre, noe som er grunnlag for godt samarbeid videre. (Haber m.fl. 2009; Kongsgaard m.fl. 2005)

I en undersøkelse utført av Blay m.fl. (2012) viste det seg at over halvparten av rusmisbrukerne var fornøyde med den smertebehandlingen de mottok mens de var innlagt i sykehus. Dette selv om enkelte mente de hadde fått forskrevet for lite smertestillende, eller legemidler som ikke var effektive nok. Sykepleiers innsats og evne til å vise empati og engasjement i behandlingen ble belyst som en grunnpilar for om pasienten var fornøyd eller ikke. Det at sykepleier viste at hun tok smertene hans på alvor og gjorde det hun kunne for å lindre, gjorde at pasienten lettere godtok å ha noe smerter, enn dersom hun ikke gjorde dette. Måten sykepleier tolker pasientens smerter på og handlingen ut i fra dette vil være individuell. Forskning viser at sykepleiers tolkning av andres smerter i enkelte tilfeller kan føre til utilstrekkelig smertelindring. I de tilfeller der sykepleier bagatelliserte pasientens smerter eller overså tegn, ble det ofte ikke satt i gang behandling for å lindre pasientens smerter. (Manias m.fl. 2005) I tillegg ble det vist at sykepleier kunne ha mer fokus på pasientens evne til å tolerere smerten, framfor å lindre den. Informasjon om forventet smerte, altså å orientere pasienten om at en ikke kan forvente å være helt smertefri etter en operasjon kan også være med på å bidra til et bedre samarbeid mellom pasient og sykepleier, samt at det kan ha en innvirkning på pasientens syn på egen smerte. Dette vil vi gå nærmere inn på senere.

Som nevnt kan bedømming og tolking av andres smerte være en utfordring. Det kan være en utfordring i seg selv å vite om pasienten opplever ubehag grunnet abstinens eller at han har faktiske fysiske smerter på grunn av det kirurgiske inngrepet. Kartlegging av smerter er viktig i smertebehandling av pasient for å unngå uønskede komplikasjoner. Og nettopp fordi smerter opptrer ulikt hos alle, og vi som sykepleiere tolker smerte ulikt kan det være behov for hjelpemidler som gjør kartleggingsprosessen lettere. Smertekartleggingsverktøy som smerteskalaer skal hjelpe både sykepleier og pasient til å få en felles forståelse for de smertene som faktisk er tilstedet. I følge Li m.f.l. (2012) fant de i sin studie at kun en fjerdedel av respondentene brukte smertekartleggingsverktøy. De viste også til en annen norsk publisert studie der kun et knapt flertall ble spurt om å angi smerteintensiteten sin på en smerteskala. Disse pasientene har nylig vært operert, men var ikke opioidavhengige. Når det sjelden blir brukt kartleggingsverktøy, kan dette ha en sammenheng med dårlige rutiner. Det kan og knyttes sammen til stigmatiserende, negative holdninger som helsepersonell kan ha til opioidavhengige. (Ibid) Hvorfor bruker ikke flere sykepleiere verktøy som kan hjelpe til med smertebedømmingen, når det er et kjent problem og så mange pasienter opplever og ikke bli tilstrekkelig smertelindret etter operasjon? Om det skyldes dårlige rutiner, holdninger eller

mangel på opplæring ved bruk av disse har vi ikke funnet noe svar på. Men vi mener at en bør ta i bruk de hjelpemidler som er tilgjengelige, som kan gjøre smertebehandlingen lettere slik at både rusmisbrukere og andre pasienter mottar adekvat smertelindring og slipper og lide.

8.2 Utfordringer i relasjonen mellom sykepleier og rusmisbruker

I de yrkesetiske retningslinjene står det at som sykepleier har vi plikt til å vise omsorg ovenfor mennesker som lider, uansett årsak til lidelsen. Sykepleiere skal ha respekt og forståelse for alle menneskers liv. Vi skal vise omsorg og barmhjertighet uansett rase, kjønn, alder, kultur og bakgrunn. (NSF, 2011) Ut ifra dette mener vi derfor at det er veldig viktig å understreke at man yter god og rettferdig sykepleie til alle ulike mennesker, uansett grunnet årsak til eventuell smerte, lidelse, skade og sykdom. Våre holdninger eller fordommer, skal ikke stå i veien for at pasienten skal få den behandlingen han har krav på. For å kunne utføre god sykepleie må en opprette en relasjon til pasienten. Relasjonen bør bygge på en aksepterende holdning, og vise omsorg, toleranse og respekt for det andre menneske. (Eide & Eide, 2009) Dersom holdninger og fordommer er tilstedet, kan dette skade relasjonen, noe som kan være avgjørende for resultatet av behandlingen. Å lytte er en god forutsetning for å skape god relasjon. Å lytte kan bidra til tillit overfor hverandre. Sykepleieren må høre på hva pasienten har å si selv. Å ha tillit til hverandre er også viktig. Både sykepleier og pasienten bør ha et felles ønske om å oppnå adekvat smertelindring og pasienten må kunne stole på at sykepleieren handler ut i fra hans beste og hans behov. I tillegg bør sykepleier kunne stole på at pasienten ved at han for eksempel bedømmer egne smerter korrekt. Li m.fl. (2012) mener at oppretting av et gjensidig tillitsforhold mellom rusmisbrukere og sykepleiere bør være et overordnet mål når de er inne til behandling i sykehus. Det er sykepleiers ansvar å skape forutsetninger for gjensidig tillit mellom partene. Dette er vi enig i. For at tilstrekkelig smertelindring kan oppnås må det være en relasjon mellom sykepleier og rusmisbruker som bygger på tillit og respekt. Det kreves samarbeid mellom begge partene, der sykepleiers kunnskap og pasientens opplevelse bør være to likeverdige faktorer. Ut ifra dette mener vi at en god fordomsfri relasjon som er bygget på respekt bør være målet for en hver sykepleier.

Hjelpende kommunikasjon er helt avgjørende for en god relasjonen mellom pasient og sykepleier. For at kommunikasjonen skal være hjelpende må disse tre prinsippene stå til grunn; empati, fagkunnskap og målorientering. (Eide & Eide, 2009) Sykepleiers overordnede

mål skal være å kommunisere på en slik måte at resultatet blir god omsorg og pleie. Sykepleier må være empatisk, altså klare å sette seg inn i rusmisbrukers situasjon og forstå det han tenker og føler. For å kunne gjøre dette, og for å kunne behandle pasienten best mulig kreves det fagkunnskaper innenfor emnet. Hver pasient vil være ulik, og vil utfordre sykepleier i forhold til hvilken kunnskap som trengs. For å møte en rusmisbruker i en postoperativ fase, vil det være nødvendig med kunnskaper om rusmisbruk og utfordringer man kan møte på med hensyn til smertelindring. Vi vil påpeke at dersom kommunikasjonen er mangelfull, kan pasienten føle at han ikke blir forstått og tatt på alvor. Sykepleier vil ikke få god nok informasjon eller opprette en god relasjon nok til å klare å hjelpe pasienten på en best mulig måte. Å vise at man har tid til pasienten, tar det han sier på alvor og har evner til å kommunisere godt med han, vil bidra til en bedre relasjon mellom de to partene, mener vi. Riktig hjelpende eller terapeutisk kommunikasjon kan være med på å støtte pasienten i situasjoner hvor de føler at de har behov for hjelp, altså i en situasjon som kan oppleves som vanskelig. Vi som sykepleiere sitter inne med kunnskap, som pasienten ikke har og evnen til å opprette en god relasjon er viktig i kontakten med pasienten og kan være helt avgjørende for behandlingen. Det er helt avgjørende at kommunikasjonen skal være tilstede for at sykepleieren kan gi hjelp. Er det ikke kommunikasjon tilstede, vil det påvirke relasjonen mellom partene og det kan igjen påvirke resultatet ved smertelindringen. Man ser ved Travelbees syn på kommunikasjon at det er både positivt og negative sider ved kommunikasjonen. (Travelbee, 1999) Det kan gi hjelp i situasjonen eller det kan gjøre ting så ille at man kan frastøte den andre. Det ønskelige utfallet her er selvfølgelig å gi hjelp i situasjonen. Når man ser hvor mye forskjell kommunikasjon kan utgjøre, ser man viktigheten av å reflektere over egen måte og kommunisere på samt hvor viktig det er at vi som sykepleiere har tilstrekkelig med kunnskap om dette.

Hvordan er relasjonen mellom sykepleier og pasient som er rusmisbruker i sykehus? Ulik forskning viser at holdninger og fordommer blant sykepleiere ofte kommer til syne ved behandling av rusmisbrukere og da særlig i forhold til smertelindring. (Blay m.fl. 2009) (Morgan, 2006; Haber m.fl. 2009) Holdninger er ofte basert på egne erfaringer og oppfatninger. De er sjelden reflekterte, og kan være adoptert fra nære kontakter eller de kan være basert på kulturen man befinner seg i. Holdninger kan også spille inn på hvordan vi forholder oss og inntar ny informasjon. (Teigen, 2012) På en slik måte kan holdninger være med på å påvirke behandlingen om blir gitt. Holdninger oppstår gjerne når noe skiller seg ut fra det normale. Rusmisbruker er et eksempel på slik oppførsel, da unormal bruk av

narkotiske stoffer ikke kan klassifiseres som «normalt». Når rusmisbruker blir innlagt i sykehus og har behov for smertelindrende medikamenter dukker det ofte opp usikkerhet blant helsepersonell, da i forhold til hvor reelt behovet for smertestillende faktisk er. Om pasienten har faktiske smerter, eller om det er misbruket som trengs å vedlikeholdes. Sykepleiers holdninger til rusmisbrukere som pasient, vil da kunne spille inn på hvilken behandling misbrukeren får da han er innlagt. I en studie utført av Morgan (2006) beskrev en sykepleier møtet med rusmisbruker som «*The nursing profession is a very rule-laden profession and you're dealing with your ultimate rule breakers (substance abusers)*». (Morgan, 2006: 38) Dette kan tolkes som at sykepleieryrket er preget av mange regler, og rusmisbrukere er de ultimate regelbryterene, noe som vises ved blant annet misbruket de har til medikamenter, og da gjerne illegale stoffer. Dette kan føre til utfordringer ved møtet mellom sykepleier og rusmisbruker.

Som sagt kan holdninger ha blitt dannet med grunnlag i tidligere negative erfaringer. Samfunnets negative syn på denne gruppen mennesker, kan også spille en rolle. (Morgan, 2006) Sykepleiere er også mennesker og har ulike bakgrunn og livserfaringer, samt verdier. I tillegg oppfatter vi informasjon på ulike måter, som kan vises i form av holdninger. Tidligere erfaringer sammen med negative holdninger kan og vil mest sannsynlig føre til et dårlig terapeutisk forhold mellom rusmisbruker og sykepleier, noe som ikke vil gjøre situasjonen lettere med tanke på samarbeid. (Haber m.fl. 2009) Dette kan gjøre en i utgangspunktet utfordrende situasjon enda mer komplisert. Forskning viser også at del fleste rusmisbrukere har opplevd negative erfaringer fra tidligere sykehusopphold. De fleste hadde opplevd og ikke bli respektert og bli behandlet som en «junkie» ved tidligere sykehusopphold. (Morgan, 2006) Dette kan føre til at misbrukeren forventer å bli stigmatisert og å ikke bli respektert når de er innlagt. De kan opprette mistillit til sykepleier, og tro at hun ikke har hans interesser i bakgrunn for det hun gjør. På et slikt grunnlag blir det vanskelig for begge parter og opprette et samarbeid som er terapeutisk og vil ha positiv innvirkning på behandlingsresultatet. For å forhindre og forebygge dette er fokus på en god terapeutisk relasjon til pasienten viktig. Som sykepleiere bør vi legge vekk egne fordommer og holdninger når vi møter en pasient. Vi har ut fra etiske retningslinjer og lover en plikt til å hjelpe de mennesker som trenger dette, uansett bakgrunn og livsvalg. Vi bør møte pasienten med respekt og vise forståelse for den situasjonen han er i. Som sagt er det sykepleiers ansvar for å legge til rette for et terapeutisk forhold, og dette kan lettere gjennomføres ved at sykepleier er vennlig, åpen, omsorgsfull og viser respekt for pasienten, dens følelser, tar han på alvor. Vi mener at sykepleieren må vise

forståelse for pasienten og ta stilling til at pasienten er rusmisbruker. Allikevel skal ikke rusmisbruket stå bli satt i fokus. Sykepleier skal se hele mennesket, uavhengig av sin bakgrunn og sin livsstil.

Når det kommer til dannelse og endring av holdninger er kunnskap en viktig faktor. (Li m.fl. 2012) For lite kunnskap om emnet kan føre til at sykepleier lar de holdningene hun har være utgangspunktet i møte med en pasient. Dette framfor å møte pasienten med et åpent sinn, og ha fokus på å innhente seg nødvendig kunnskap om området. I og med at dette kan være en krevende pasientgruppe med komplekse behov, vil solid kunnskap være helt essensielt. Som nevnt har rusmisbrukere ved flere anledninger blitt beskrevet som vanskelige pasienter, dette fordi de kan være urolige, aggressive og russøkende. Ofte kan dette skyldes abstinenssymptomer og utilstrekkelig smertelindring. (Li m.fl. 2012; Blay m.fl. 2009; Haber m.fl. 2009) I en slik situasjon er det viktig at selv om pasienten er urolig, russøkende eller aggressiv, at sykepleier prøver å beholde seg rolig, for å unngå at situasjonen kan forverre seg. Sykeleier trenger tilstrekkelig kunnskap om de utfordringer som kan oppstå ved smertelindring til rusmisbrukere for å kunne handle på en reflektert og riktig måte. I stedet for å stemple en misbruker med slik oppførsel som en vanskelig og aggressiv pasient, vil det ved å anvende relevant kunnskap være riktig og anta at han opplever abstinenssymptomer eller store smerter og at han har behov for en vedlikeholdsdose med opioider. Kunnskap kan med andre ord være med på å endre de holdninger vi har til andre.

Etikk og sykepleiers evne til å reflektere over etiske situasjoner spiller en stor rolle når det kommer til relasjon og holdninger. Som nevnt tidligere skal de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere være med på å rettlede oss som yrkesutøvere i riktig retning i forhold til hva sykepleie bør være. Under utdanningen vår har vi i tillegg hatt mye fokus på det etiske rammeverket som Beauchamp og Childress har utviklet, der det finnes fire grunnprinsipper. (Slettebø, 2009) Disse prinsippene er likeverdige og lyder som følger; autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Autonomi vil si at vi som sykepleiere har en plikt til å respektere de beslutninger som blir tatt av en autonom person. Samtidig skal vi handle ut i fra et ikke-skade perspektiv, der rusmisbruker i dette tilfellet ikke skal oppleve skade av den behandlingen vi gir han. Vi også en plikt til å handle godt mot alle pasienter vi har, uansett situasjon og person. Rettferdighet går ut på at vi som sykepleiere skal være rettferdig ved ressursfordelingen vi gjør. Dette kan for eksempel være tiden vi bruker hos hver pasient. Det er mange ulike etiske utfordringer som kan dukke opp i møte med rusmisbruker med hensyn

til smertelindring. (Slettebø, 2009; Brinchmann, 2010) Noen har vi nevnt tidligere i oppgaven, og noen har vi valgt og ikke ha med, da oppgavens omfang hadde blitt for stor. Allikevel ser vi viktigheten av å være klar over etiske prinsipper og retningslinjer, og ha kunnskap om etikk. Dette kan bidra til økt fokus på de handlinger og prioriteringer vi foretar oss som sykepleiere. Det å reflektere over egne handlinger, holdninger og erfaringer er et viktig redskap når det kommer til å lære av de utfordringer man møter, og dette føler vi at vi har benyttet oss av ved å skrive denne oppgaven.

8.3 Betydning for sykepleie

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at vi skal ha et helhetlig menneskesyn, og vise respekt for menneskets liv og verdighet. Dette skal være grunnlaget for all sykepleie. (Kunnskapsdepartementet, 2008) Dette har betydning for oss som fremtidige yrkesutøvere ved at vi må anvende vår kunnskap og våre erfaringer ut i fra et menneskesyn som ser hele pasienten. Vi skal ikke la egne eventuelle fordommer og holdninger ha innvirkning på måten vi ser på andre på. Dette kan være lettere sagt enn gjort, men det kan gjøres lettere dersom en er oppmerksom på det under hele prosessen.

Når mennesker er syke, vil sykepleierens oppgave være å hjelpe dem med å mestre sykdom og lidelse som erfaringer. Her oppretter sykepleieren et forhold eller en relasjon med det syke mennesket. Sykepleieren lar pasienten få vite at han ikke er alene og at han blir forstått. For syke mennesker er det som regel alltid noe som kan gjøres, uavhengig av deres tilstand, lidelse. De kan hjelpes til å finne en mening i den situasjonen de er i, som de opplever som en meningsløs tilstand. (Travelbee, 1999) Når det kommer til valgt tema, vil de sykepleiefaglige utfordringer som dukker opp være ulik fra pasient til pasient. Ingen mennesker er like, eller har like behov. Vi må huske på at mennesker har ulik bakgrunn og forholder seg ulikt til andre mennesker. Dette er noe vi som sykepleiere må være klar over. Sykepleier-pasient-relasjonen vil være grunnlaget for å hvordan utfallet av behandlingen til rusmisbruker blir. Dersom sykepleier møter pasienten med fordommer og dårlige holdninger, vil dette kunne virke negativt inn på den behandlingen pasienten opplever å få. At sykepleier har kunnskaper om rusmisbrukere, deres spesielle behov og hensyn som tas er utgangspunktet for hvordan vi møter denne pasientgruppen.

I Norge finnes det om lag 11-15 000 heroinmisbrukere. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) Grunnet helsemessige forhold er denne gruppen ofte i risikozonen for å trenge helsehjelp. Dette betyr at en som sykepleier som regel vil møte på denne gruppen i ulike situasjoner i jobbsammenheng. Det er derfor svært relevant med økt fokus på dette temaet vi har valgt og skrive oppgave om. Dette for at rusmisbrukere skal få den optimale helsehjelpen som de har krav på ved lik linje som alle andre pasientgrupper. Forskning viser at rusmisbrukere ofte blir møtt med holdninger og fordommer da innlagt i sykehus. (Blay m.fl. 2009; Haber m.fl. 2009; Morgan, 2006) Dette mener vi har betydning for sykepleie ved at holdningsendring bør få et større fokus. Som sagt tidligere, skal sykepleier respektere pasientenes verdighet og livsvalg. Dette skal altså ikke ha innvirkning på den behandlingen han mottar da innlagt i sykehus. Vi mener at dersom en øker fokuset på viktigheten av en god pasient-sykepleier-relasjon, samt et helhetlig menneskesyn vil dette kunne bidra til at rusmisbruker kan oppleve å bli ivaretatt på en tilfredsstillende måte. I tillegg kan det oppstå positive erfaringer, som kan bidra til holdningsendring for begge parter.

Utilstrekkelig postoperativ smertelindring har også vist seg å være et stort problem. Da særlig ovenfor rusmisbrukere. (McCaffery & Pasero, 2001) Dette er noe som bør forskes på videre. Her kan manglende kunnskaper om rusmisbruk og smerter være en årsak. Holdninger og tidligere erfaringer vil ofte også innvirke. (Li m.fl. 2012) Når det kommer til betydningen for sykepleie, er dette viktig å være klar over da rusmisbrukere er en pasientgruppe som kan være utfordrende å behandle. Sykepleier trenger å inneha solide kunnskaper om rusmisbruk, smerter, smertelindring og hvordan møte en slik pasient, i tillegg til å være bevisst på og reflektere over egne holdninger og følelser. Dette for å på best mulig måte kunne utføre god sykepleie til denne pasientgruppen. Det ble vist i forskning (Li m.fl. 2012) at smertekartleggingsverktøy sjelden ble brukt. Årsaken til dette kom ikke tydelig fram. Her ser vi behovet for økt fokus på bruk av hjelpemidler som kan føre til en mer optimal smertelindring av pasienter. Opplæring av helsepersonell og gode rutiner kan føre til at disse blir mer aktivt brukt. Målet for smertelindringen skal være at pasienten ikke lider unødvendig, da dette kan føre til komplikasjoner.

8.4 Metodiske overveielser

I oppgaven har vi anvendt et bredt spekter av forskningsartikler og faglitteratur. Vi har hatt fokus på å benytte mest mulig primærlitteratur. Dette fordi vi ville unngå andre forfatteres tolkninger, så langt det var mulig. Da risiko for feiltolkning alltid er tilstede, mener vi at ved å anvende litteratur fra opprinnelig forfatter vil dette kunne hindre at vi tolker andres forståelse av stoffet på en feil og upresis måte. De vitenskapelige artiklene har hatt ulikt fokus, noe som har bidratt til og gitt oss et vidt perspektiv på hvilke utfordringer som kan oppstå ved postoperativ smertelindring til rusmisbrukere. Når det kommer til forskningsartiklene har vi møtte på en del utfordringer i forhold til oversettelse og tolkning av innhold. Språkkunnskapene våre kan ha bidratt til at vi har feiltolket innholdet. Vi har som sagt tidligere brukt mye tid på disse, for å prøve å forhindre feiltolkning mest mulig og har benyttet hverandre aktivt ved å reflektere over vår egen forståelse av innholdet. Vi har sett begge perspektiv på det, og reflektert sammen slik at vi til sammen oppnådde en felles forståelse som vi har tilfreds med. Viser til vedlegg 2 for analyse av artiklene.

I ettertid ser vi det at vi kunne ha brukt andre søkeord da valgte søkeord kan ha vært noe tilfeldig. PICO-skjema kunne vært et godt hjelpemiddel for å gjøre søkeprosessen mer strukturert. Når det kommer til oppsettet av oppgaven er vi fornøyde ved at vi har valgt og bruke IMRAD-strukturen som hjelpemiddel. Dette har gjort at vi har fått økt forståelse for hvordan oppsettet bør være, samt at det har fungert som et hjelpemiddel i valget av artikler.

9.0 KONKLUSJON

Ved denne oppgaven har vi forsøkt å belyse noen av de utfordringer sykepleier kan møte på med hensyn til postoperativ smertelindring til rusmisbrukere. Rusmisbrukere opplever oftere enn andre pasientgrupper å ikke motta tilstrekkelig smertelindring når innleggelse i sykehus er aktuelt. Mangelfull kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerter og smertelindring, dårlige rutiner samt holdninger vises å være en grunn til utilstrekkelig smertelindring av denne gruppen. Kunnskap er en av de viktigste ressursene sykepleier har og denne kunnskapen skal alltid gjenspeiles i de handlinger man gjør. Som sykepleiere skal vi vise respekt og omsorg for mennesker som lider, uansett hva årsaken til lidelsen er. Når vi jobber med mennesker må vi være klar over at ingen mennesker er like, de har ulik bakgrunn og ulike behov. Dette gjør at det ikke finnes noe fasit svar på hvordan vi skal forholde oss til rusmisbrukere som pasienter.

Målet for smertebehandling er å lindre smerten til pasienten og bedre pasientens livskvalitet. Akutt smerte som inntreffer postoperativt må behandles effektivt, hvis ikke dette blir gjort kan det få alvorlige komplikasjoner for pasienten. Ved smertelindring til rusmisbrukere dukker det opp ulike utfordringer. Ofte må opioiddosen økes. Dette fordi mange rusmisbrukere har utviklet toleranse for opioider grunnet høyt forbruk over lengre tid, og trenger derfor en høyere dose for å få samme effekt. Forskning viser at rusmisbrukere ofte opplever at smertene deres ikke blir tatt på alvor, og at de kun er ute etter legemidler for å vedlikeholde avhengigheten. Det viser deg også at sykepleiers syn på andres smerter kan være en utfordring. Forskning tilsier at sykepleier ofte bedømmer rusmisbrukers smerter som lavere enn det pasienten gir uttrykk for. I tillegg kommer det frem at sykepleiere ofte ser på denne pasientgruppen som krevende og vanskelig. Ofte skyldes dette abstinenssymptomer grunnet utilstrekkelig smertelindring.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient danner grunnlaget for behandlingen av pasienten. Vi ser at god terapeutisk kommunikasjon er viktig for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient. I følge forskning finnes det fortsatt dårlige holdninger og fordommer rettet mot rusmisbrukere noe som kan gjøre smertelindring til en utfordring. Både

rusmisbrukers og sykepleiers tidligere erfaringer til hverandre kan være avgjørende med tanke på hvilke holdninger som vises og hvordan relasjonen utvikler seg. En utfordring for sykepleier kan være å legge fra seg eventuelle holdninger og fordommer en har, og møte pasienten med respekt og forståelse. Holdningsendring skjer ved økt kunnskap og at en reflekterer over egne verdier og handlinger. Forskning sier også at sykepleiere møtte på utfordringer når det kommer til å stole på rusmisbruker og hans bedømmelse av egen smerte. For at sykepleier-pasient-forholdet skal ha en positiv innvirkning på smertelindringen er et gjensidig tillitsforhold avgjørende. Det at sykepleier viser tillit til rusmisbruker og tar det han sier på alvor, samt at rusmisbruker stoler på at sykepleier handler ut i fra hans behov er viktig her.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven har vi blitt mer bevisste på hvilke utfordringer vi kan stå ovenfor i møte med rusmisbrukere som pasienter i somatisk sykehus. Vi har lært at rusmisbrukere har lik rett på tilstrekkelig smertelindring som resten av befolkningen. Når rusmisbruker er innlagt i sykehus for en somatisk lidelse eller skade, skal ikke pasientens rusmisbruk stå i fokus. Grunnet toleranseutvikling trenger allikevel denne gruppen ofte mer smertestillende enn andre. Det viser seg at smertekartleggingsverktøy blir sjelden brukt. Bruken av kartleggingsverktøy ved smertelindring bør forskes mer på, både med hensyn til effektivitet og anvendelse.

Vi mener på grunnlag av denne oppgaven at dersom sykepleier har mer tillit til pasienten, lytter til pasienten, kommuniserer bedre og anvender smertekartleggingsverktøy hyppigere, vil kanskje pasienter oppleve mer tilstrekkelig smertelindring. Sykepleieren må og være klar over at rusmisbrukeren har et like verdigfullt liv som alle andre mennesker og se på han med et helhetlig menneskesyn. Alle mennesker er like mye verdt men ingen er like. Vi kan på grunnlag av dette si at sykepleiere ikke kan behandle rusmisbrukere som en generell pasientgruppe, men at hver enkelt skal behandles individuelt ut fra sine behov.

Selv om oppgavens tema har vært å sett på utfordringer sykepleier møter ved denne pasientgruppen har vi ikke grunnlag for å si at all smertelindring av rusmisbrukere er krevende eller at det nødvendigvis er utfordrende å behandle de postoperativt. Allikevel har vi gjennom oppgaven fått et innblikk i hvordan sykepleiere kan møte rusmisbrukere, for å legge til rette for gjensidig tillit, god samhandling og effektiv postoperativ smertelindring. Dette er noe vi vil ta med oss videre ut i arbeidslivet.

10.0 ETTERORD

Å arbeide med denne oppgaven har vært spennende og lærerikt. Det har vært en lang og krevende prosess, som har krevet mye av oss både på det faglige og strukturelle plan. Vi har samarbeidet godt sammen, og har dratt utnytte av hverandres sterke sider samt støttet opp under eventuelle svake sider. Vi har respektert hverandres meninger og synspunkter, og har reflektert mye sammen. I starten av arbeidet utarbeidet vi en fremdriftsplan der vi kartla arbeidet framover. Selv om vi ikke har fulgt denne til punkt og prikke har vi allikevel fulgt den godt. Vi har planlagt arbeid underveis, og møttes til avtalte tider med de resultater vi skulle ha. Vi føler selv vi har lært mye om oss selv under arbeidet, samt sett viktigheten av å kunne samarbeide godt med andre.

Temaet vi har valgt har vært svært spennende og jobbe med, og vi føler absolutt at vi har hatt godt utnytte av oppgaven som vi vil ta med oss videre. Det har vært lite fokus på dette under utdanningen vår, og ved å arbeide med denne oppgaven har vi sett at det bør være mer fokus på rusmisbrukere og utfordringer i forhold til denne gruppen i utdanningen. Vi har fått til et resultat som vi er svært fornøyde med, og føler det er en ”rød tråd” gjennom hele oppgaven. Hvis vi skal kritisere oppgaven vår noe, synes vi at det blir en del gjentakelser i drøftedelen. Ved å arbeide med dette temaet har vi blitt mer bevisste på egne holdninger og eventuelle fordommer. Vi har også tenkt en del på hvor viktig kunnskap er for endring av holdninger, og føler vi sitter igjen med mye kunnskap rundt temaet som vil hjelpe oss i framtiden.

11.0 LITTERATURLISTE

- Berntzen, H., Almås, H., Gran Brun, A., M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R. (2010a) *Perioperativ og postoperativ sykepleie*. I: Almås, H., Berntzen, H. (2010) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 273-338
- Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H. (2010b) *Sykepleie ved smerter*. I: Almås, H., Berntzen, H. (2010) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 355-398
- Brinchmann, B., S. (2010) *De fire prinsippers etikk*. I: Brinchmann, B., S. (red.) (2010) *Etikk i sykepleien* 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 81-96
- Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., Lamont, F. (2012) *Substance users' prospective of pain management in the acute care environment*. *Contemporary Nurse*, 42(2):289-297.
- Blondal, K., Halldorsdottis, S. (2009) *The challenge of caring for patients in pain; from nurses' perspectives*. *Journal of Clinical Nursing* :2897-2906
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. [online] URL: <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Enheter/OPIN/Smerteavdeling/Retningslinjer%20for%20smertelindring.pdf> (17.04.2013)
- Dietrichs, E., Gjestad, L. (1995) *Vår fantastiske hjerne*. Universitetsforlaget Oslo.
- Dihle, A., Bjølseth, G., Helseth, S. (2006) *The gap between saying and doing in postoperative pain management*. *Journal of clinical nursing*, 15:469-479
- Eide, H., Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fekjær, H., O. (2004) *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 2. Utg. Stockholm: Natur och Kultur
- Forskningsetikkloven (2006) *Lov om forskningsetikk*. [online.] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-20060630-056.html> (03.05.2013)
- Haber, P., S., Demirkol, A., Lange, K., Murnion, B. (2009) *Management of injecting drug users admitted to hospital*. *Lancet*, 374:1284-1293
- Hafsen, K. (1998) *Legemiddelavhengighet*. Høyskoleforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Statusrapport. Rusmiddelsituasjonen i Norge*. [online.] URL: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2006/0037/ddd/pdfv/295194-rushefte_2006.pdf (09.04.2013)
- Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell*. [online.] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (03.05.2013)
- Høgskolen i Gjøvik (2012) *Kvalitet i sykepleie*. [online.] URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (05.04.2013)
- Håkonsen, K. M. *Innføring i psykologi*. 2003. 3.reviderte utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- International Association for the Study of Pain [IASP] (1979) *Pain terms: a list of terms with definitions and notes on usage*. *Pain*, 6:249-252
- Jage, J., Bay, T. (2000) *Postoperative analgesia in patients with substance use disorders: Part 1*. *Acute Pain*. 3(3):29-44
- Kongsgaard, U., E., Bell, R., F., Breivik, H. (2005) *Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling*. *Tidsskrift Den Norge Legeforening*, 20(125):2808-2810
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., Nåden, D. (2012) *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. *Sykepleien Forskning*. 7(3):252-260.
- Lien, T., Hanssen, I., Andenæs, R. (2010) "Mellom barken og veden." *Nyutdannede sykepleiers vurdering av postoperativ smerte*. [online.] URL: <http://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/621/2/346782post.pdf> (05.04.2013)
- Lossius, K. (2010) *Rusmidler*. I: Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010) *Psykatrieboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 433-445

- Manias, E., Botti, M., Bucknall, T. (2002) *Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice*. Journal of Clinical Nursing. Vol 11:724-733
- Manias, E., Botti M., Bucknall T. (2005). *Nurses' Strategies for Managing pain in the postoperative Setting*. Pain Managing Nursing, 6(1):18-29.
- McCaffery, M., Beebe, A. (1996) *Smertes. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- McCaffery, M., Pasero, C. (2001) *Stigmatizing Patients as Addicts*. American Journal of Nursing, 101(5):77-78
- 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
- Nesse, J., O., Nortvedt, F. (1989) *Smertelindring – utfordring og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nielsen, B., K. (2009) *Interaksjonell sykepleiepraksis*. I: Knutstad, U., Nielsen, B., K. (red.) (2009) *Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe. s. 41-61
- Norsk Sykepleier Forbund [NSF] (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online.] URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (05.04.2013)
- Nortvedt, F., Nortvedt, P. (2001) *Smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. 7. Utgave. Kunnskapsforlaget
- Olsson, H., Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. [online.] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (03.05.2013)
- Reiersdal, O., Helland, S., E., Breland, P., H. (2007) *Sykepleiere bruker ikke smerteskala*. [online.] URL: (09.04.2013)
- Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slørdal, L. (2010) *Misbruk av legemidler og rusmidler*. I: Nordeng, H., Spigset, O. (red.) (2010) *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 439-450
- Slørdal, L., Rygnestad, T. (2010) *Legemidler ved smerte*. I: Nordeng, H., Spigset, O. (red.) (2010) *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 399-411

- Teigen K.,H. (2012) Store Norske Leksikon. *Holdning*. [online.] URL: <http://snl.no/holdning> (10.04.2013).
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- World health organization [WHO] (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*. [online.] URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/index.html (08.04.2013)

12.0 VEDLEGG 1

SØKEPROSESSEN

<u>Databaser</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Kombinasjoner</u>	<u>Antall treff</u>
Academic search elite+	4 Substance users Pain Management	AND	5
	5 Pain Assessment Management Clinical practice	AND	297
Cinahl	6 Substance abuse Pain Hospital	AND	33
	7+ 9 Nurse Management pain postoperative	AND	157
	1 Management Injecting Drug users	AND	34
	10 Challenge Caring Patients Pain	AND	8
Ovid Nursing database (Ovid)	2 Stigmatizing Patients Addicts Drugs Nurs*	AND	14
SveMed+	3 Smerte Rusmisbrukere Sykehus -Peer reviewed tidsskrifter	AND	1
	8 Smertelindring Stoffmisbruk - Peer reviewed tidsskrifter	AND	1

13.0 VEDLEGG 2

ANALYSE AV ARTIKLER

<u>Tittel, forfatter, årstall</u>	<u>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål</u>	<u>Metode</u>	<u>Resultat/Diskusjon</u>	<u>Styrker og/eller svakheter</u>
<p><u>6.</u> "Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief" Av: Morgan, (2006)</p> <p>Funnet: Cinahl</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere og utforske erfaringer fra rusmisbrukere med behov for smertelindring under sykehusopphold . Problemstilling 1: Hvordan takler deltakerne smertefulle medisinske tilstander under innleggelse? 2: Hvilke vanskeligheter møter de på i forbindelse med å oppnå adekvat smertelindring? 3: Hvordan ser deltakerne på interaksjon med sykepleier når det kommer til smerte?</p>	<p>18 sykehusinnlagte pasienter ble intervjuet en gang etter en intervjuemodell. To pasienter ble intervjuet to ganger. Totalt 20 intervjuer. Felles for disse var deres rusmisbruk, samt at de hadde et medisinsk eller kirurgisk problem. Det ble også dannet en fokusgruppe med sykepleiere som jobbet med denne pasientgruppen som møttes to ganger. De kom med sine erfaringer innen emnet.</p>	<p>Studien viser at mange med rusproblem opplever å ikke bli respektert av sykepleier grunnet sine rusproblemer. De opplever ofte fordommer og å ikke bli møtt med respekt. Studien legger vekt på at denne typen pasienter trenger helsepersonell som har god faglig kunnskap innenfor feltet smertelindring og rusavhengighet, og som samtidig opptrer respektfullt og profesjonelt til enhver tid. Det bør være mer fokus på dette i utdanningen, samt på pasient-sykepleier forholdet. De som arbeider med denne gruppen bør også få faglig oppfølging og støtte, slik at de stadig kan videreutvikle sine ferdigheter.</p>	<p>Fagfelleleurdert. Vitenskapelig nivå 1. Følger IMRAD struktur.</p> <p>Studien bygger på både intervjuer av pasienter og fokusgrupper dannet av sykepleiere, dette er en styrke da en får sett temaet fra to ulike sider. Totalt 20 intervjuer av pasienter ble utført, og spørsmålene ble formet på bakgrunn av tidligere intervjuer. Dette kan føre til at spørsmålene kan bli noe ledende, som kan føre deltagerne dit intervjuer "ønsker".</p>
<p><u>5.</u> "Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice." Av: Manias m.fl. (2002)</p> <p>Funnet: Academic Search Elite +</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke interaksjonen mellom sykepleier og pasient når det kommer til postoperativ smertelindring.</p>	<p>Dette er et observasjonsstudie, der 12 observasjoner ble utført på en kirurgisk sengepost. Alle sykepleierene hadde direkte pasient kontakt. Hvert observasjonstilfelle varte i to timer, og valg av sykepleier til å</p>	<p>Fire temaer ble identifisert som hindringer for effektiv smertelindring, 1) sykepleierens respons på avbrudd i aktiviteter knyttet til smerte 2) sykepleierens oppmerksomhet til pasientens signaler for smerte 3) sykepleierens varierende tolkning av smerte og 4) sykepleierens forsøk på å samhandle med annet</p>	<p>Fagfelleleurdert. Vitenskapelig nivå 2. Følger IMRAD struktur.</p> <p>Studien bygger på observasjoner gjort på en kirurgisk sengepost med fokus på ulike tider der smerter ville være aktuelt.</p>

		observere var tilfeldig. Observasjonstidene var lagt til vaktskifte, nattevakt, før sengetid, tidspunkt for morgenstell, legevisitt og ved lunsjpause for personalet.	helsepersonell.	Sykepleierne var valgt tilfeldig, men alle hadde pasientkontakt, noe som er viktig for et slikt studie. Ved at sykepleierene ble observert, kan da ha vært ekstra oppmerksomme på egen oppførsel i forhold til smerte, noe som kan bety at resultater kan ha blitt noe annet.
<p>4. ” <i>Substance users’ perspective of pain management in acute care environment.</i> ” Av: Blay m.fl. (2012)</p> <p>Funnet: Academic Search Elite +</p>	Hensikten med studien var å utforske rusmisbrukeres tilfredshet og effekt av smertelindring de fikk ved akutt smertelindring på sykehus. Dette gjøres for at sykepleiere kan å ett innblikk i hvilke behov for smertelindring denne pasientgruppen kan ha.	Det ble brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Data ble samlet fra en pasient - tilfredshetsundersøkelse, med 35 elementer. 27 pasienter svarte på undersøkelsen, disse var enten rusmisbrukere eller registrerte metadon klienter som ble innlagt på en akutt avdeling. Undersøkelsen ble utført ved innleggelse, og repetert etter 24, 48 og 96 timer.	Samlet var rusmisbrukerene fornøyde med smertelindringen de fikk, og de erkjente at helsepersonellet gjorde en innsats for å smertelinde dem. Dette var til tross for at noen følte de fikk forskrevet for lite smertestillende i forhold til graden av smerte. Allikevel opplevde noen negative holdninger fra ansatte samt forsinkelser i administrasjon som en kilde til frustrasjon. Forfattere mener at omfattende og rutinemessig vurdering av smerte ved bruk av kartleggingsverktøy kan være til god nytte for å best mulig smertelindre denne gruppen.	Fagfelleverdert. Vitenskapelig nivå 1. Følger IMRAD struktur.
<p>3. ” <i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus</i> ” Av: Li m.fl. (2012)</p> <p>Funnet: SveMed +</p>	Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerter innlagt i sykehus	312 spørreskjema ble besvart av sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv og anesthesiavdelinger ved fire norske sykehus.	Undersøkelsen viste at helsepersonells holdninger enda har noe å si når det gjelder smertelindring til denne gruppen. Kartlegging av rusmisbruk og smertekartleggingsverktøy blir for lite brukt. Et gjensidig tillitsforhold, gjennom aktiv kommunikasjon er sentralt ved denne pasient gruppen og bør tilstrebes.	Fagfelleverdert, vitenskapelig nivå 1. Følger IMRAD struktur.

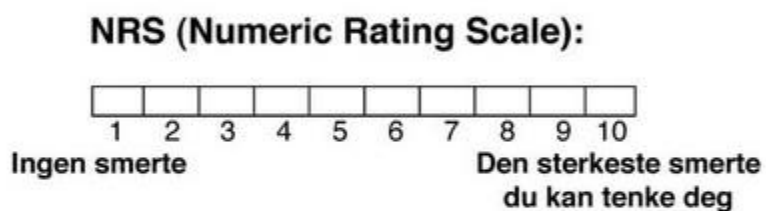
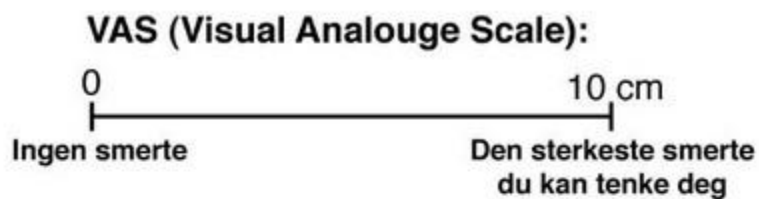
				velge det alternativet som passer best.
<p><u>7.</u> "Nurses's strategies for managing pain in the postoperative setting" Av: Manias E ; Bucknall T ; Botti M (2005)</p> <p>Funnet: Cinahl</p>	<p>Studien har til hensikt å fastslå hvilke strategier som sykepleiere bruker til å behandle smerter til pasienter postoperativt. Det er også lagt fokus på å undersøke hvordan omsorg organiseres og hvordan arbeidsoppgaver prioriteres, hvordan stress takles samt deres smertelindrings strategier.</p>	<p>I Melbourne i Australia ble det brukt en observasjonsstudie som undersøkelsesdesign. 12 ganger ble en observasjonsstudie undersøkt. Dette resulterer til fullføring av hele 74 observasjoner og identifikasjon av 316 postoperative pasienter. 52 sykepleiere ble observert under sin vanlige arbeidsvakt, med pasienter postoperativt. 6 temaer ble identifisert; effektiv håndtering av smerte, prioritering av smerteopplevelser for smertebehandling, manglende smertesignaler for smertebehandling, hindre smerte og reaktiv håndtering av smerte.</p>	<p>Med undersøkelser i denne studien viser det seg at lite effektiv kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, viser seg å være et hinder til smertebehandling. I situasjoner der sykepleieren ignorerte tegn til smerte, mistet sykepleieren sitt fokus på pasientens smerte behov. Det viste seg og at sykepleierne prioriterte andre aktiviteter som bagatelliserte smerteopplevelsen til pasientene. Mens andre sykepleiere utførte andre aktiviteter, som sårskift, observere vitale tegn, som ble oppfattet å bli mer viktig enn smerte. Sykepleierne syntes og å godta smerte som en normal komponent av postoperativ erfaring.</p>	<p>Artikkelen er full fagfellesvurdert. Vitenskapelig nivå: 1. Følger IMRAD struktur.</p> <p>Det ble benyttet både intervjuer og observasjoner i studien, 54 sykepleiere deltok i studien, dette er et relativt høyt tall noe som bør gi et godt utgangspunkt i å få et bredt spekter av synspunkter og meninger. Sykepleierene ble valgt ut tilfeldig av et datasystem.</p>
<p><u>2.</u> "Stigmatizing patients as addicts." Av: McCaffery & Pasero (2001)</p> <p>Funnet: Ovid Nursing database</p>	<p>Artikkelen gir en oversikt over hvordan man kan arbeide med seg selv og egne holdninger i møte med pasienter der rusmisbruk kan være tilfellet.</p>	<p>Det ble satt opp punkter der en beskriver ulike typer pasienter med en russøkende atferd. Under disse punktene er det satt opp argumenter som kan hjelpe leseren med å se situasjonen fra en annen vinkel.</p>	<p>Punktene var 1) Pasienten er en "frequent flyer" 2) Pasienten skaffer seg opioider fra flere enn en/et lege/sykehus 3) Pasienten trenger høyere dose med opioider enn andre pasienter 4) Pasienten har brukt opioider regelmessig over lengre tid 5) Pasienten spør etter smertestillende til spesielle tidspunkter 6) Pasienten ønsker helst injeksjon framfor oral smerteterapi 7) Pasienten nyter sin morfin 8) Pasienten sier han er allergisk mot enkelte typer opioider. En del av punktene ble begrunnet med at det kunne være svikt i smertebehandlingen fra sykehusets side, altså at pasienten ikke var adekvat smertelindret. Det ble også vist hvor viktig det er at helsepersonell samarbeider med pasienten når det kommer til smertelindring.</p>	<p>Oversiktsartikkel. Fagfellelvurdert, vitenskapelig nivå 1. Følger ikke IMRAD struktur. Vi har valgt og benytte artikkelen, da vi synes den belyser vitkige temaer når det kommer til stigmatisering av pasienter og holdninger. En svakhet er at den er skrevet med bakgrunn fra forfatterenes erfaringer og meninger. Dette gir den ett smalt perspektiv. Vi har brukt den fordi den viser mulige forklaringer på situasjoner når det kommer til denne gruppen.</p>
<p><u>1.</u> "Management of injectin drug users admitted to hospital." Av: Haber m.fl.</p>	<p>Artikkelen beskriver epideminologi, medisinske komplikasjoner</p>	<p>Oversiktsartikkel. Det ble gjort søk i databasene PubMed, Cochrande library, Medline, Cinahl og</p>	<p>Rusmisbruk er vanlig, og det er stor sjanse for at de fleste i helsevesenet kan komme borti denne pasientgruppen. Det er viktig med en ikke-dømmende</p>	<p>Oversiktsartikkel. Fagfellelvurdert. Følger ikke IMRAD struktur, men vi har valgt og bruke den i</p>

<p>(2009)</p> <p>Funnet: Cinahl</p>	<p>og kliniske problemer som kan oppstå ved innleggelse av rusmisbrukere i sykehus. I tillegg kommer de med anbefalninger for håndtering av de problemer som kan dukke opp.</p>	<p>PsychINFO etter tidligere skrevde artikler om temaet.</p>	<p>holdning til pasienten og å vise at man aksepterer deres livsvalg. Dette gir et godt utgangspunkt for en god relasjon, I forhold til smertelindring er det viktig å jobbe på lag med pasienten, og ta det han sier på alvor. Toleranseutvikling blir nevnt. Det blir også nevnt viktigheten av å trene opp uerfarne helsepersonell, slik at de føler seg trygge og har kunnskap nok til å håndtere situasjonen.</p>	<p>oppgaven da vi føler den gir en god oversikt over problemer som kan oppstå ved innleggelse av rusmisbrukere, samt at den kommer med forslag til håndtering av mulige problemer.</p>
<p>9. <i>"The gap between saying and doing in postoperative pain management"</i> Av: Dihle m.fl. (2005)</p> <p>Funnet: Cinahl</p>	<p>Hensikten med studiet var å øke forståelsen om hvordan sykepleierne bidrar til smertelindring postoperativt i en klinisk setting. Ved å finne ut av dette observerer man hvordan de faktisk utfører postoperative smerter og ved å undersøke deres oppfatninger av emnet. I tillegg til dette ønsket man å identifisere noen barrierer for å oppnå smertelindring postoperativt.</p>	<p>Studien ble utført ved to sykehus i Oslo i Norge. Resultat av data ble samlet via observasjoner og intervju. Det finnes ikke noen standarder for effektiv smertelindring i Norge.</p> <p>En strategisk utvalg av ni sykepleiere ble trukket (fem sykepleiere i Sykehus A og to fra hver av de to avdelinger i sykehus B).</p> <p>Det var noen kriterier for å få mest mulig informasjon, kriteriene var følgende: sykepleiere med erfaring og interesse for temaet og sykepleiere som er kjent med smerterutiner på avdeling.</p> <p>Observasjonene ble fokusert på sykepleiernes handlinger og intervjuer fokusert på sine refleksjoner om hva de gjør i postoperativ smerte.</p>	<p>Studien viste et stort gap mellom hva sykepleier sier og hva de faktisk utfører i postoperativ smertelindring. Når gapet var stort, viste det seg å være et hinder for adekvat smertelindring.</p> <p>Videre virket dette gapet mindre når sykepleiere tok en aktiv tilnærming. En aktiv tilnærming mot pasienter som opplever smerte, syntes å forbedre bedre postoperativ smerte.</p> <p>Ifht. Behandling av postoperativ smerte hevdet sykepleierne at å "følge boken", ville være den måten de behandlet smerte i henhold til nyere kunnskap. Dette var ikke alltid tilfelle.</p>	<p>Artikkelen er full fagfellesvurdert, vitenskapelig nivå 2. Følger IMRAD struktur.</p> <p>Studien er bygget på både dybde-intervjuer og observasjoner, med en observasjonstid på 350 timer per sykepleier. Dette er en styrke da mye tid er blitt brukt for å finne resultatet. I tillegg ble sykepleierne valgt ut etter nevnte kriterier, som skulle sørge for at de hadde rikelig med erfaring innen emnet. Dette er faktorer som styrker troverdigheten, da selv om det kun var 9 pleiere som ble intervjuet. Studien er utført i Norge, dette mener vi er en styrke i forhold til at synet på smerte kan variere ettersom hvilket land det er snakk om.</p>
<p>8. <i>"Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling."</i> Av: Kongsgaard m.fl. (2005)</p>	<p>Hensikten med oppgaven er å belyse ulike problemstillinger som kan dukke opp ved smertelindring til denne</p>	<p>Dette er en oversiktsartikkel som er bygget på relevante artikler om emnet samt personlige erfaringer.</p>	<p>Artikkelen viser at smertelindring til stoffmisbrukere eller de under langvarig opioidbehandling kan være vanskelig og kan forverre en allerede komplisert smertesituasjon. Det kreves tett oppfølging og stor innsats fra</p>	<p>Fagfellevurdert, vitenskapelig nivå 1. Følger ikke IMRAD struktur, men vi mener den er svært relevant for vår problemstilling i forhold til at det belyser vanskeligheter</p>

<p>Funnet: SveMed +</p>	<p>pasientgruppen.</p>		<p>behandlerne. Gjensidig tillit mellom pasient og behandler er en forutsetning for vellykket smertebehandling.</p>	<p>ved smertelindring til rusmisbrukere. Vi har vurdert anvendt litteratur som aktuell, samt at vi får personlige erfaringer fra leger som har jobbet med denne gruppen.</p>
<p>10. "The challenges of caring for patients in pain: from nurses' perspectives." Av: Blondal & Halldorsdottir, (2009) Funnet: Cinahl</p>	<p>Hensikten var å finne ut av hvordan sykepleier ser på å gi omsorg for pasientener med smerter. Hvilke utfordringer som spiller inn og hva som motiverer sykepleier.</p>	<p>Dette er et fenomenologisk studie, utført på tre islandske sykehus. 10 av 20 frivillige erfarne sykepleiere fra tre islandske sykehus ble valgt til intervju. Disse hadde jobbet alt fra 3-30 år, og minst to år på avdelingen de jobbet på nå. Ingen hadde videreutdanning i forhold til smerter og smertelindring.</p>	<p>Hovedutfordringene sykepleierne opplevde var å lese pasienten, indre konflikter og dilemmaer de selv hadde, samarbeidsforholdet til leger og organisatoriske hindringer. Sykepleierene følte at disse faktorene var motiverende for å arbeide for å lindre pasientens smerter; moralsk forpliktelse, kunnskap, erfaring samt selvtillit og personlig overbevisning.</p>	<p>Full fagfelleevaluering, vitenskapelig nivå 2. Følger IMRAD struktur. Dialogene ble foretatt uten en formell struktur, og det ble lagt vekt på å hindre forutintatte ideer ble lagt til side. Dette for å få et mer åpent syn fra sykepleierene. En svakhet med studien er at det kun var ti sykepleiere som ble intervjuet, dette er en relativt liten gruppe. Det bør gjøres videre studier der en større gruppe sykepleiere blir intervjuet, for å enten bekrefte eller avkrefte funnene.</p>

14.0 VEDLEGG 3

SMERTESKALAER



VRS (Verbal Rating Scale):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen smerte | <input type="checkbox"/> Sterk smerte |
| <input type="checkbox"/> Svak smerte | <input type="checkbox"/> Intens smerte |
| <input type="checkbox"/> Moderat smerte | <input type="checkbox"/> Voldsom smerte |

Eksempler på smerteskalaer