



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

TEMA:

SMERTELINDRING TIL RUSMISBRUKERE

KANDIDATNR.: 19 OG 105

INNLEVERT: 28. APRIL 2011

www.uin.no



INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	3
1.1	Førforståelse og presentasjon av tema og problemstilling	3
1.2	Avgrensning av problemstilling	3
1.3	Formålet med oppgaven	4
1.4	Opgavens oppbygning	4
2.0	METODE	5
2.1	Litteraturstudium som metode.....	5
2.2	Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	6
2.3	Litteratursøk	7
3.0	TEORI	8
3.1	Sentrale begrep	8
3.2	Joyce Travelbees sykepleieteori	8
3.2.1	Menneskesyn	9
3.2.2	Definisjon av sykepleie	10
3.2.3	Menneske -til- menneskeforholdet	11
3.2.4	Kommunikasjon og relasjoner.....	11
3.3	Sykepleieres kunnskaper	13
3.4	Smerter	13
3.4.1	Smerte - en subjektiv opplevelse	14
3.4.2	Smertelindring	16
3.5	Utvikling av rusmisbruk	17
4.0	DRØFTING	18
4.1	Vår historie fra praksis	18
4.2	Sykepleiernes holdninger og kommunikasjon.....	19
4.3	Integritet og verdighet	22
4.4	Å behandle rusmisbrukeres smerter	23
4.5	Hva vi har lært.....	25
5.0	KONKLUSJON.....	26
	PENSUMLITTERATUR.....	28
	SELVVALGT LITTERATUR.....	29

1.0 INNLEDNING

1.1 Førforståelse og presentasjon av tema og problemstilling

Rusmisbruk har vist seg å være et vedvarende problem i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det betyr at sykepleierne må besitte kunnskaper og holdninger som gjør dem i stand til å yte adekvat behandling til pasienter med rusmisbruk. I løpet av utdanningen har vi fått lite kunnskap om smertelindring til rusmisbrukere, og vi opplever at det er vanskelig å finne evidensbasert litteratur som spesifikt omhandler temaet.

Som sykepleierstudenter i praksis i somatisk sykehus opplevde vi det vi oppfatter som urettferdig forutinntatthet overfor rusmisbrukere og deres opplevelse av smerte. Flere av sykepleierne la ikke skjul på sine fordommer, og ga tydelig uttrykk for sine meninger allerede før de hadde møtt de aktuelle pasientene. Opplevelsene vi hadde strider mot det vi har lært, både om smertelindring, menneskeverd, kommunikasjon og autonomi. For oss handler det også om sykepleierens rolle og grunnleggende verdier i sykepleierfaget.

Opgavens problemstilling er som følger:

Hvordan kan sykepleiere påvirke smertelindring til rusmisbrukere?
--

1.2 Avgrensning av problemstilling

Smertelindring er et omfattende område i sykepleien. På grunn av begrenset tid og plass, er vi derfor nødt til å gjøre noen avgrensninger i oppgaven. Våre opplevelser er fra en kirurgisk sengepost, der sykepleierne er kjent med at inneliggende pasient har et rusmisbruk. Vi fokuserer på pasientens smerter, og ikke det kirurgiske inngrepet.

Rusmisbrukere er en kompleks gruppe med ulike former for misbruk. I oppgaven har vi valgt å konsentrere oss om hvilke holdninger, kunnskaper og ferdigheter som bør være grunnleggende for å sikre adekvat smertelindring av narkomanes fysiske smerter. Derfor har vi valgt å forklare i korte trekk hva fysisk smerte er. Farmakologi og aktuelle smertelindrende medikamenter er imidlertid ikke tatt med i oppgaven.

En del faktorer som påvirkes av adekvat smertelindring har vi bestemt oss for ikke å fokusere på. Det er blant annet ernæring, mobilisering og dermed forebygging av blodpropp.

Vi har i praksis erfart pårørendes betydning for pasientens opplevelse av smerte, men oppgavens fokus er relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonsvikt på grunn av språkvansker og kulturforskjeller er bevisst valgt bort.

1.3 Formålet med oppgaven

Vi har gjennom erfaringene vi har gjort oss i praksis, fått empirisk kunnskap om et aktuelt tema som vi vil sette fokus på. Empiri er en personlig og erfaringsbasert kunnskap som tilegnes gjennom egne sanser (Aadland 2004:79-80). Vi vil forsøke å finne ut på hvilken måte sykepleieres holdninger, fordommer, kunnskap og kommunikasjon påvirker deres behandling av rusmisbrukere, og da med fokus på smertelindring. Vi ønsker også å lære mer om temaet for å være bedre rustet til å ta våre egne kliniske observasjoner og avgjørelser i liknende situasjoner i framtiden. Det vi har opplevd i praksis har lært oss hvilken innstilling til enkeltgrupper vi ikke vil ha i sykepleierfaget. Vi vet av erfaring at våre holdninger er avgjørende for våre handlinger, og derfor ønsker vi også sette fokus på hvilke holdninger som er forenelige med forsvarlig sykepleie.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i tre deler: metode, teori, og drøfting. I metodedelen beskriver vi grunnlaget for litteraturvalget i oppgaven. Her presenterer vi også selvvalgt litteratur og den forskningen vi bygger litteraturstudiet på. I teoridelen har vi lagt noen sentrale begrepsavklaringer og oppgavens teoretiske ramme, samt en presentasjon av Travelbees sykepleieteori. Drøftingsdelen innledes med en historie fra praksis, som sammen med teoridelen legger grunnlaget for diskusjon av problemstillingen. Oppgaven består av 9777 ord.

2.0 METODE

Metode kan grovt sett deles inn i 2 hovedtyper, kvalitativ og kvantitativ metode. I den kvantitative metoden er man ute etter målbare data. Disse brukes for å få frem sikker kunnskap, eller "harde fakta". Målbare data tilegnes gjerne gjennom spørreskjemaer, og et viktig redskap for å få frem resultat er statistikk. For å gjennomføre kvantitativ forskning er det viktig å holde en viss avstand til det man undersøker for at ikke materialet skal bli påvirket av egne følelser eller meninger. Den kvantitative metoden forklares ofte som objektiv og forklarende. Man går i bredden og holder en viss distanse til det man undersøker (Aadland 2004:167-170).

Den kvalitative metoden handler om tolkning. Man ser på det materialet man har, enten det dreier seg om eksisterende litteratur eller nylig gjennomførte intervjuer og observasjoner. I den kvalitative metoden er det ikke bare det som blir sagt som tolkes, men også det vi ser. For å kunne få til kvalitativ forskning er det viktig med stor interesse og nysgjerrighet for det man undersøker. Man må være åpen for de inntrykkene man får, og tolke dem etter beste evne. Den kvalitative metoden kan gjerne beskrives som subjektiv og følsom. Den skal gå i dybden, og forsøke å forstå et fenomen ved hjelp av innlevelse og nærhet (Aadland 2004:209-212).

Den kvalitative metoden er etter vår mening den som best kan utdype det vi vil ha svar på. Det er dybden og kvaliteten på sykepleien vi er interessert i, og ikke den kvantitative metodens fokus på mengde og bredde.

2.1 Litteraturstudium som metode

Vi har valgt å studere eksisterende litteratur for å tilegne oss den nødvendige kunnskapen for best å kunne hjelpe rusmisbrukere til adekvat smertelindring. Ved først å tolke den litteraturen vi mener er relevant, ønsker vi så å sammenfatte og bearbeide den med erfaringsbasert kunnskap, for å belyse problemstillingen (Stene 2003:41).

Den kvalitative metoden er en viktig del i hermeneutikken. Vårt syn på en helhetlig forståelse stemmer overens med det hermeneutiske vitenskapssynet, der forståelsen og intensjonen med en handling er det interessante (Aadland, 2004). Gjennom en hermeneutisk tilnærming som ifølge Daland betyr fortolkningslære, vil vi forsøke å få klarhet i opplevelser som har berørt våre følelser, og som vi oppfatter som meningsløse og uforståelige. Der positivismen kan gi svar på naturvitenskapelige spørsmål om kroppen, kan hermeneutikken gi svar på spørsmål

som berører blant annet menneskenes eksistens, kommunikasjon og handlinger (Dalland 2007). Hermeneutikken er en videreutvikling fra tidlige tiders tolking av bibeltekster, til tolking av menneskenes væremåte (Stene 2003:38). Ved en hermeneutisk tilnærming tolker man de data man har, også de kvantitative (Magelssen 2008:28). Vi vil bruke en slik tilnærming til å tolke teori sammen med vår erfaring for å skaffe oss kunnskap om temaet.

2.2 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Som selvvalgt litteratur har vi bevisst valgt litteratur av forfattere som vi har hørt om gjennom tidligere forelesninger på sykepleierstudiet, og som er omtalt i den pensumlitteraturen som belyser problemstillingen. Hensikten har vært å bruke litteratur vi med sikkerhet vet er valid. Dette gjelder litteratur av forfatterne McCaffery & Beebe (2001) og Nortvedt og Nortvedt (2001) som det ofte blir henvist til i denne oppgaven. Dette er ikke helt ny litteratur, og kan derfor ikke vise til den nyeste kunnskapen. McCaffery & Beebe sin bok er blitt tilpasset norske forhold av blant annet overlege Trond Stokke, som i forordet forteller at disse forfatterne som enkeltpersoner har hatt størst betydning for klinisk smertebehandling i USA.

Av nyere forskning har vi blant annet valgt å bruke en del av masteroppgaven til Kurt Arild Krokmyrdal (2010). Det er fordi vi også vil ha med norsk forskning. Krokmyrdal har arbeidet med narkomane pasienter i somatisk akutthelsetjeneste som sykepleier i mange år. Hans forskning er ment å beskrive fakta om sykepleieres kompetanse i forhold til opioidavhengige rusmisbrukere på akuttavdelingene ved somatiske sykehus. Det er benyttet en kvantitativ metode med spørreskjema som et representativt utvalg av sykepleiere har svart på. Denne metoden kan ikke utdype respondentenes meninger i nevneverdig grad, men den stadfester at det finnes usikkerhet og forutinntatte holdninger overfor rusmisbrukere.

Vi har også valgt å bruke to utenlandske forskningsartikler. Den ene er en israelsk forskningsartikkel av Merav Ben Natan, Valery Beyil, og Okev Neta (2009). Den andre er Blondal og Halldorsdottir's forskningsartikkel fra Island (2008). Også disse artiklene viser at det blant sykepleierne er usikkerhet tilknyttet pasienter som er rusmisbrukere.

Blondal og Halldorsdottir's forskningsartikkel hadde som mål å øke forståelsen for hvordan det er for sykepleiere å ha omsorg for pasienter med smerter. Forfatterne har hatt til sammen 20 samtaler med 10 erfarne sykepleiere. Det forfatterne konkluderte med var at sykepleiere trenger variert kunnskap, men også et positivt arbeidsmiljø for å kunne ta vare på

smertepåvirkede pasienter på best mulig måte. De mener også at undervisning i smertelindring, i tillegg til å inneholde teoretisk kunnskap, også burde fokusere på personlig og etisk kunnskap. Denne forskningsartikkelen dreier seg om smertelindring generelt, og ikke spesielt om rusmisbrukere. Likevel blir rusmisbruk og smertelindring omtalt spesifikt flere steder. Artikkelforfatterne Katrin Blondal og Sigridur Halldorsdottir er ikke kjente for oss, men de er begge utdannet innen helse/medisin og ansatt ved henholdsvis Surgical Division, Landspítali-University Hospital og Faculty of Health Sciences, University of Akureyri.

Natan, Beyil og Neta`s studie hadde som mål å se på sykepleiernes holdninger og på hvilken måte disse viste seg i behandlingen av pasienter med rusmisbruk. Til sammen fikk 135 sykepleiere fra tre sykehus utdelt spørreskjema som de fylte ut. Forfatterne er alle helsefaglig utdannet og ansatt ved Pat Matthews Academic School of Nursing. Vi er ikke kjent med helsevesenets oppbygning i Israel, hvor denne forskningen er gjort. Vi er heller ikke kjent med sykepleierutdanningen i dette landet, og kan derfor ikke med sikkerhet si at resultatet i studien kan overføres til norske forhold.

2.3 Litteratursøk

I søkeprosessen har vi brukt søkeordene: smerter, smertelindring, rusmisbruk, narkomane, sykepleie, sykepleier, pain, pain management, addiction, drug addicts, nursing, og drug users i ulike kombinasjoner. Vi benyttet databasene Bibsys, Google scholar, PubMed, Cinahl by Ebsco samt tidsskriftet *Sykepleien*. Vi fant imidlertid snart ut at det generelt finnes mye forskning om smertelindring, men det er lite forskning av nyere dato som omhandler smertelindring til rusmisbrukere, og da spesielt norske artikler.

Vi har i Bibsys også lett etter lærebøker om etikk og smerter. Vi brukte søkeordene integritet, autonomi og verdighet, som belyser drøftingen.

3.0 TEORI

3.1 Sentrale begrep

Empati er å sette seg selv inn i, og gjennom egne erfaringer kunne forstå hva et annet menneske føler. Man forstår dermed ikke alt hva den andre personen føler av for eksempel smerte, men man berøres av den. Denne empatien er nødvendig for å oppfatte hvordan et annet menneske har det, og for å få den kunnskapen om pasienten som er vesentlig for å vurdere hva han trenger. Empati er derfor en forutsenting for å oppfatte om en pasient har smerter, og kunne sette i gang tiltak for å lindre dem (Nortvedt og Nortvedt 2001:129 -135).

Holdninger brukes for å forklare de reaksjoner vi ser hos andre mennesker i ulike situasjoner. Disse reaksjonene er preget av følelser og kommer til uttrykk gjennom det den andre personen sier og gjør. Gjennom det vi oppfatter vil vi forme en mening om denne personens holdninger. Ofte vil det være riktig å skille mellom verdier og holdninger. Der holdninger er noe som kommer til uttrykk i enkeltsituasjoner, kan vi si at verdier er “summen” av flere meninger og holdninger. Det vil altså si at selv om vi oppfatter en persons holdninger som dårlige i en gitt situasjon, vil det ikke automatisk bety at denne personens verdier er mindre gode, eller svært ulike våre egne for den saks skyld (Raaheim 2002:80-81).

Fordom kan forklares som en mening eller oppfatning vi danner oss om noen eller noe før vi har møtt dem. I utgangspunktet trenger ikke en fordom å være negativ, men ofte er den dannet på grunnlag av manglende eller ikkeeksisterende informasjon. På den måte blir fordommer ofte negative, spesielt for dem de er rettet mot. Hvis noen har fordommer mot narkomane vil det ofte bety at de har en bestemt mening om alle narkomane, uavhengig av om de noen gang har møtt et menneske med rusproblemer (Raaheim 2002:123-124).

3.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

En teori skal støtte opp om perspektivet vi ønsker å belyse, og etter vår oppfatning representerer Travelbees menneskesyn en holistisk tankegang. En slik tankegang hvor man ser hele mennesket mener vi er grunnleggende for å kunne utøve god sykepleie. Travelbee er opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleie. Å skape en god relasjon til pasienten og å ta hensyn til pasientens autonomi, oppfatter vi som grunnleggende verdier i all sykepleie. På bakgrunn av det vi har lest om Joyce Travelbee, mener vi at hennes sykepleieteori er relevant i forhold til det perspektivet vi ønsker å belyse (Travelbee, 2001). Travelbees sykepleieteori

er i følge Slettebø en interaksjonsteori hvor kontakten mellom mennesker er det sentrale (Slettebø 2009:71-72).

3.2.1 Menneskesyn

I Joyce Travelbees bok "Mellommenneskelige forhold" forteller hun at hvilket syn vi som sykepleiere har på mennesket og individets verdi, vil ha en gjennomgående innflytelse på den jobben vi gjør.

Mennesket kan defineres som egenartet og spesielt, og vil gjennom hele livet stå overfor valg og konsekvenser av disse. Selv med denne tanken om at mennesket som individ er unikt, har vi alle de samme grunnleggende behovene. På hvilken måte disse behovene gir seg til kjenne vil derimot variere fra menneske til menneske. Samtidig er alle individer en del av det store fellesskapet vi kaller menneskeheten. Vi knyttes til andre individer gjennom en felles forståelse av erfaringene vi gjør. Alle erfaringer vi mennesker gjør gjennom arv, kultur og miljø, vil være med å forme oss og våre verdier enten bevisst eller ubevisst. Men de erfaringene og opplevelsene vi har lagret i minnet, trenger ikke alltid stemme med virkeligheten. I noen tilfeller vil vi ha bearbeidet og forandret opplevelser slik at det ikke lenger lar seg gjøre å dra nytte av dem i forhold til egen utvikling. Der enkelte bruker sine erfaringer fra tidligere til å leve i nået samtidig som de ser framover, er det andre som forholder seg kun til nået. De vil eller kan ikke forholde seg hverken til fortiden eller framtiden (Travelbee 1999:54-60).

Selv om vi som mennesker er i stand til å tenke logisk og på den måten å ta nøye vurderte beslutninger, kan vi også være umodne og ulogiske i vår oppførsel. Vi er individer med mulighet og evne til å kommunisere med andre individer, og på den måten lære å kjenne hverandre. Men helt og fullt å forstå et annet menneske vil sjelden eller aldri la seg gjøre. På grunn av vår sosiale natur er vi i stand til å anerkjenne andre menneskers individualitet. Vi både setter pris på, liker og til og med elsker andres særegenhet. Men disse følelsene går ikke bare i en retning. Mennesket er i like stor grad i stand til å avsky, forakte og hate (Ibid).

Fordi vi alle en gang i løpet av livet vil oppleve å gjennomgå følelser knyttet til for eksempel sykdom og død, lykke og kjærlighet har vi mulighet til å forstå hverandre på tvers av de ulikheter som måtte finnes. Det er likevel viktig å unngå å behandle andre mennesker ut fra

hvordan en selv definerer verden, og det vil derfor være en god målsetning å anse individets forskjeller som meget større enn likhetene (Ibid).

Hvilken verdi vi sier vi tildeler andre individer vil ofte skille seg fra den faktiske oppfatningen vi har av andre mennesker. Travelbees oppfatning er at menneskets verdi er uavhengig av slike vurderinger. Hun mener at mennesket er verdifullt fordi det er menneskelig (Ibid).

Denne menneskeligheten er en del av vår verdighet, og handler også om hvilken respekt vi har for oss selv og andre, og på hvilken måte vår oppførsel gjenspeiler dette. I en situasjon som omhandler sykepleier og pasient, vil sykepleierens oppførsel være avgjørende for pasientens opplevelse av egen verdighet (Knutstad 2010:21). Hvis man krenker en annens verdighet ved ikke å ta hensyn til deres verdi som menneske, krenker man også deres integritet (Tranøy 2005:38).

3.2.2 Definisjon av sykepleie

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

Travelbee beskriver sykepleie som handlinger som foregår mellom mennesker. Disse handlingene omfatter ikke bare pasienten men også individer denne omgir seg med. Den pleie og bistand sykepleieren yter er derfor ikke utelukkende forbeholdt pasientene, også pårørende og venner kan ha behov for hjelp og støtte. I tillegg dreier sykepleie seg om samarbeid og samhandling med kollegaer, enten det er sykepleiere, leger eller andre helsefagarbeidere (Travelbee 2001:29-34).

Å gi hjelp er en annen viktig funksjon innen sykepleien. Personer som oppsøker helsevesenet gjør gjerne det fordi de der forventer å få de svarene og den hjelpen de har behov for. Da er det viktig at sykepleieren forstår sin rolle innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet. For best å kunne se hvordan man kan bistå den enkelte pasient på en omsorgsfull måte, er det derfor viktig å kommunisere og samhandle på en måte som innbyr til tillit (Ibid).

Å fremme helse hos den enkelte forutsetter at sykepleieren vet hva god helse er. I tråd med Travelbees syn på mennesker som unike individer, mener hun at god helse er en subjektiv

opplevelse som best beskrives av pasienten selv. Det er derfor nødvendig for sykepleieren å forstå pasientens oppfatning av egen helse, først da vil hun være i stand til å oppfatte hvordan hun best kan hjelpe. Siden sykepleiens mål er å fremme helse og forebygge sykdom, kan den biomedisinske definisjonen av god helse som fravær av sykdom eller funksjonssvikt, likevel ikke avskrives. Den hjelpen sykepleieren gir en pasient som har fått påvist sykdom, skal føre til mestring, både for den individuelle pasient og hans nærmeste (Travelbee 2001:29-34).

3.2.3 Menneske -til- menneskeforholdet

Et viktig grunnsyn i boka til Travelbee er menneske-til-menneskeforholdet. Det kan beskrives som de opplevelser, samhandlinger og erfaringer sykepleieren og den syke deler over tid, med det utgangspunkt at de ser på hverandre som unike mennesker. Dette forholdet er noe godt, og kan være et virkemiddel for å nå inn til den personen som trenger hjelp. Travelbee understreker at dette forholdet ikke er et venneforhold der begge parter har tilnærmedesvis samme krav og forpliktelser. Samtidig kan menneske-til-menneskeforholdet ødelegges hvis man i dette yrket for eksempel "tar på seg sykepleierfasaden", og ser på det andre mennesket kun som en pasient. Ved å bruke sine følelser som sympati, empati og ydmykhet og i tillegg sin innsikt og vennlighet, og det hun har lært gjennom erfaringer uten å være fordømmende, kan sykepleieren bevisst lære den syke å kjenne nettopp fordi hun er oppriktig interessert i å hjelpe. Vennlighet og gode hensikter er imidlertid ikke nok. Sykepleierens kunnskaper, intellekt og ferdigheter er også viktig i dette forholdet, for blant annet å kunne vurdere den sykes behov og derfra hjelpe ham videre (Travelbee 2001:41, 171-185 og 198).

3.2.4 Kommunikasjon og relasjoner

Evnen til å kommunisere er medfødt, og helt fra vi er spedbarn er det en viktig del av livet. Men selv om kommunikasjon er noe som kommer naturlig for de aller fleste, kan man alltid bli bedre. Som sykepleier er det viktig å se på kommunikasjonen som et hjelpemiddel i møtet med både pasienter, pårørende og kollegaer. Som med andre ferdigheter er også dette noe som bør videreutvikles og trenes på for å kunne brukes på best mulig måte (Eide og Eide 2007:12).

Kommunikasjonen kan grovt sett deles i to hovedgrupper, den verbale og den nonverbale. Den nonverbale kommunikasjonen foregår blant annet ved måten vi beveger oss på, gjennom ansiktsuttrykk og blikk. Den verbale kommunikasjonen handler om hva vi sier og hvordan vi

sier det. Men i den verbale delen ligger også kunnskap om når man skal stille spørsmål og oppmuntre, og når man er best tjent med å ta pauser i samtalen (Eide og Eide 2007:22-24).

Kommunikasjon er heller ikke noe som bare skjer bevisst, ofte vil vi ubevisst sende signaler til den eller de vi kommuniserer med. Hvilket syn sykepleieren har på mennesket og dets verdi vil vanskelig la seg skjule. Kommunikasjon er heller ikke en ensidig handling, og hva vi velger å fortelle avhenger av hvor trygge vi er på den vi kommuniserer med. På den måten kan man bruke det man lærer om pasientens behov for å planlegge sykepleietiltak som er til det beste for den enkelte. Her vil det også komme til syne i hvilken grad man interesserer seg for pasienten, og hvor sterkt man ønsker å hjelpe. For å få til forandringer er kommunikasjonen nødt til å fungere, og for å lære pasienten å kjenne må man innse at kommunikasjon er noe som stadig utvikler seg. Hvordan og hva vi formidler vil påvirke hva vi oppnår gjennom kommunikasjonen. Etter hvert som sykepleieren blir kjent med pasienten som individ vil det gjøre hennes jobb enklere. Hun vil da ha skaffet seg et godt utgangspunkt for å kunne oppdage forandringer i hans tilstand. På samme tid vil god kommunikasjon kunne føre til en fortrolighet som gjør det enklere for pasienten å ta opp ting som plager ham, enten det gjelder følelser eller fysiske plager. For sykepleieren er det viktig å kjenne igjen kommunikasjon som noe hun skal kunne og bevisst bruke til det beste for pasienten (Travelbee 1999:135-141, 158-167).

I noen tilfeller vil det oppstå svikt i kommunikasjonen. En av årsakene kan være sykepleierens forutinntatthet overfor enkelte grupper i samfunnet. Slik kan sykepleierens holdninger hindre henne i å se det unike i den personen hun er ment å ha omsorg for. Andre årsaker til at kommunikasjonen ikke blir optimal kan være at det som blir sagt ikke forstås av mottakeren, eller at sykepleieren ikke er flink nok til å lytte. For å unngå disse feilskjærene er det viktig å sette av tid, og man må gå aktivt inn i samhandlingen med pasienten. Ved ikke å lytte til det pasienten sier, selv det man som sykepleier anser som lite viktig, vil man signalisere at man ikke er interessert. Å ikke vise tilstrekkelig interesse er en svært effektiv måte å stenge for videre kommunikasjon (Travelbee 1999:135-141, 158-167).

3.3 Sykepleieres kunnskaper

Å være sykepleier forutsetter at man holder seg faglig oppdatert. For å klare det må man til en viss tid opprettholde og videreutvikle sin kunnskap. Sykepleierens arbeidsoppgaver krever at man har en grunnleggende forståelse av menneskekroppens fysiologi og patologi, på den måten kan man si at naturvitenskapelig kunnskap er en uungåelig og nødvendig del av yrket. Men for at pleien skal bli både forsvarlig og god krever det at sykepleieren viser omsorg (Brinchmann 2008:35-36).

Forskningen har i den senere tid gitt oss mye kunnskap om smerter, og det er i all profesjonell smertebehandling viktig at utøverne har oppdaterte kunnskaper. Selv om kunnskap er nødvendig, er kunnskap alene ikke nok. Det mellommenneskelige aspektet som empati og omsorg er vel så viktig og må ikke skilles fra det profesjonelle. De hører sammen. Det er også nødvendig at sykepleierne hele tiden oppdaterer og tenker igjennom sine verdier og holdninger i forhold til de som trenger smertelindrende behandling (Nortvedt og Nortvedt 2001:129 -135).

Sykepleiere har en sentral rolle i smertelindringen av alle pasienter. Det er den faggruppen som tilbringer mest tid med pasienter med smerter, og som derfor har best anledning til å bli kjent med og observere dem, og smertebehandlingens virkning. Sykepleierne er derfor den faggruppen som best kan være pasientens ”advokat”, ved at hun kan sette i verk nødvendige tiltak i den smertestillende behandlingen. Hun kan også eventuelt iverksette endringer hvis smertelindringen ikke har tilfredstillende effekt. Det er av den grunn svært viktig for pasientene at sykepleierne har nok kunnskaper om temaet. Manglende kunnskaper og forståelse for farmakologi og smertevurdering, kan føre til feiltolkninger og upresise konklusjoner som igjen hindrer effektiv smertelindrende behandling (Mcaffery og Beebe 2001:12 og 13).

3.4 Smerter

”All smerte er ekte” (Mcaffery & Beebe 2001:22). Smerteopplevelsen er subjektiv og kan derfor ikke måles av andre enn pasienten selv. Det er lettere å tro på en pasient som sier at han har smerter hvis smertene ledsages av fysiske tegn, eller har fysiske årsaker. Smerte er ikke nødvendigvis psykisk betinget hvis den ikke er ”synlig”. Selv pasienter med alvorlige og akutte smerter, kan ha smertefrie perioder på grunn av fysisk og psykisk bearbeiding. Det er av den grunn perioder hvor de fysiske og adferdsmessige tegnene på smerte er upålitelige, og

hvor smertene ikke kan observeres objektivt. Den beste måten er derfor å be pasienten beskrive sine smerter, og man må gå ut i fra at det han sier er sant (Mcaffery & Beebe 2001:12, 22 og 23). I Almås fokuseres det på den totale smerteopplevelsen som kan påvirkes og forsterkes av psykiske, fysiske, sosiale og åndelige faktorer. Fysiske smerter er symptomer på somatiske plager eller sykdom. Psykiske smerter kan for eksempel være angst og depresjon. Åndelige smerter kan være av religiøs eller eksistensiell betydning, mens sosiale smerter kan komme av familiære årsaker og problemer i vennekretsen (Almås et al.2001:99).

For bedre å kunne forstå hva fysisk smerte er, og hvordan den kan oppstå, vil det derfor også være hensiktsmessig med et biomedisinsk perspektiv på hva som fører til smerter, selv om naturvitenskapen ikke kan gi en fullstendig forklaring på hvorfor vi har smerter. Kort fortalt aktiveres nosiseptive smerter av stimuli som gir vevsskade eller truende vevsskade. Slike smerter ledes gjennom tynne myeliniserte og umyeliniserte nervefibrer, fra nosiseptorer (smertesensorer), som sitter ytterst på nevronet. Nosiseptorer finnes perifert i blant annet hud, muskler og beinvev. Disse nervebanene går til den somatosensoriske hjernebarken, som tolker smerten, hvor smerten kommer fra og hvor intens den er. Det finnes også andre perifere nerveender som leder stimuli i tykkere nervefibrer; de leder andre typer av sansekvaliteter som for eksempel trykk og berøring (Simonsen et al 2004:55 og 56).

3.4.1 Smerte - en subjektiv opplevelse.

Travelbee sier at smerte i en eller annen form er noe alle mennesker kommer til å oppleve i løpet av livet. Og akkurat det at vi har opplevd smerte gir oss erfaring vi senere kan bruke i møte med andres lidelse. Men selv med denne egne erfaringen av smerte er det ikke mulig for noen, fullt ut å forstå hvordan andre mennesker opplever det de går igjennom. Som sykepleiere kan man lære seg å se etter tegn på at pasienten har det vondt og lider, og man kan forsøke å estimere hvor mye smerte han har. Men virkelig å forstå vil være omtrent umulig (Travelbee 1999:112-115).

Travelbee mener også at det vanskelig lar seg gjøre å kategorisere smerte med psykisk og fysisk smerte som adskilte faktorer. Hun mener den ene henger klart sammen med den andre, og at ved for eksempel store fysiske smerter vil det også følge med psykiske og følelsesmessige virkninger. Hvor vondt man har, hvor lenge det varer, hvorfor og hvilken hjelp og lindring man får vil være avgjørende for måten man reagerer på smerten. Travelbee

hevder også at det er viktig å ta i betraktning hvordan omverden reagerer på den som er smertepåvirket. Får pasienten den hjelpen og lindringen han trenger? Føler han seg sett og hørt, og tatt på alvor? Graden av interesse pasienten blir vist kan ha innflytelse på hvordan han takler sine smerter (Ibid).

Videre hevder Travelbee at helsearbeideres holdninger påvirker i hvilken grad de mener enkelte grupper av pasienter bør smertestilles. De kan for eksempel ha en helt tydelig formening om hvor mye smerter enkelte kirurgiske inngrep medfører for pasienten. Å ikke bli trodd i sin smerte, gir pasienten en stor tilleggsbelastning. Smerten blir ikke lindret og pasienten kan bli usikker og redd, i tillegg til å måtte "mase" om å få den hjelpen han har behov for. Slike tilfeller av "smertemåling" går dårlig overens med tanken om at hvert menneske er enestående, og med sin unike oppfatning av egen smerte. Travelbee mener at smerte er en subjektiv opplevelse, og den opplevelsen er det man som sykepleier skal ta hensyn til i sin samhandling med pasienten (Travelbee 1999:112-115).

Den individuelle opplevelsen av smerter er i stor grad avhengig av tidligere erfaringer i forhold til smerter, og hvilken psykisk tilstand en er i når smerten oppstår. Dette kan forklares ved at angst og depresjon forsterker smerteopplevelsen (Simonsen et al 2004). Smertefulle opplevelser kan lagres i hukommelsen i hjernen, og har innvirkning på intensiteten av smerten. Opplevelsene kan senere fremkalle smerter i liknende situasjoner hvor en forventer smerte (Nortvedt og Nortvedt, 2001:30, og Almås et al., 2001:68).

Smerteopplevelsen er uforutsigbar og individuell. Selv om flere personer blir utsatt for samme stimuli, vil mange oppleve smertene forskjellig både i intensitet og varighet. En forklaring på dette kan være at vi har ulike mengder av endorfiner naturlig i kroppen, et narkotikaliknende stoff som minsker smerteopplevelsen. Mengden av endorfiner varierer fra person til person, og påvirkes av smerter og stress. Smerter er situasjonsbetinget, og kan til en viss grad avledes ved å stimulere nervefibrer som ikke er smerteførende, som for eksempel ved berøring. Pasienten kan også avledes ved at han får visshet om at smertene snart vil gå over (McCaffery & Beebe 2001:25 og 26).

En persons smertetoleranse er unik og indikerer hvor mye en person tåler av smerte i intensitet og varighet før den blir utholdelig, og derfor ønsker lindring. Det har vist seg at personer med langvarige smerter, ofte utvikler nedsatt smertetoleranse. Det er derfor feilaktig å tro at smerteterskelen kan trenes opp til å bli høyere (McCaffery & Beebe 2001:26 og 27).

3.4.2 Smertelindring

”Utgangspunktet for all smertebehandling er at den skal beskytte pasientens integritet og understøtte hans verdighet” (Nortvedt og Nortvedt 2001: 45).

Med dette utsagnet mener Nortvedt og Nortvedt at pasienten med god nok smertelindring kan leve et verdig liv, og gjøre de tingene som for han er verdifulle og betydningsfulle. Det er med andre ord mulig å leve et liv i verdighet på tross av sykdom som gir smerter. Det er ofte smerter som ikke er til å leve med som fører til et ønske om å få dø (Nortvedt og Nortvedt 2001:45).

Siden smerter oppleves svært forskjellig fra person til person, og vi mennesker er forskjellige rent fysiologisk, må også en tilfredsstillende medikamentell smertelindring bli individuell. Pasienter som har et narkotikamisbruk har lik rett til å bli smertelindret som andre pasienter. (McCaffery & Beebe 2001:26 og 88).

Det er viktig også å være klar over at akutte smerter kan bli kroniske selv etter at årsaken er leget, hvis ikke pasientene blir tilfredsstillende smertelindret. Dette skjer ved at nevroner i bakre horn blir permanent skadet på grunn av vedvarende og kontinuerlig strøm av smerteimpulser fra nosiseptorer. For å unngå dette bør smerter behandles tidlig (Simonsen et al. 2004:58).

I følge McCaffery & Beebe (2001) finnes det flere barrierer blant helsepersonell mot å gi smertelindring som inneholder narkotiske stoffer, og da ikke bare overfor rusmisbrukere. Eksempler på dette er for eksempel frykten for å bli manipulert av narkomane til å gi dem narkotikaholdige medikamenter, og frykten for at pasienten utvikler avhengighet eller respirasjonssvikt. Noen grunner til dette er blant annet feiloppfatninger, og for lite kunnskap og erfaring om temaet. (McCaffery og Beebe 2001: 80-87). Dette kommer også delvis frem i Blondal og Halldorsdottirs (2008) artikkel. Der var de spurte sykepleierne ikke spesielt redd for at pasienter skulle utvikle avhengighet på grunn av de smertelindrende medikamentene de fikk, men de fryktet respirasjonssvikt på grunn av for store doser (Blondal og Halldorsdottir 2008). Det er imidlertid slik at ved toleranseutvikling overfor narkotiske stoffer, utvikles det samtidig toleranse for respirasjonshemming og døsighet. Målet må være å gi en rusmisbruker god pleie ved å gi ham hensiktsmessig smertelindring, og å unngå abstinenser. Er det grunn til usikkerhet, må pasienten derfor observeres nøye etter at slike smertestillende er gitt (McCaffery og Beebe 2001: 80-87).

3.5 Utvikling av rusmisbruk

Smertestillende medikamenter inneholder ofte opioider som betegnes som narkotika (McCaffery & Beebe 2001:53). Utvikling av toleranse og fysisk avhengighet skjer på grunn av fysiologiske endringer ved langvarig og hyppig bruk av narkotiske stoffer, som for eksempel ved smertelindring. Dette blir merkbart når en bestemt dose begynner å miste sin virkning, og må oppjusteres for å oppnå tilfredsstillende, smertelindrende effekt. Et tegn på toleranse er at effekten av medikamentet ikke varer like lenge som før, og pasienten kan derfor begynne å etterlyse smertestillende oftere. Pasienten har da behov for større doser. Utvikling av fysisk avhengighet og toleranse betyr ikke at en person av den grunn er rusmisbruker. Fysisk avhengighet kan av og til forekomme, og behandles ved gradvis seponering av det smertestillende medikamentet. Det er først når avhengigheten er blitt psykisk at medikamentbruket kan betegnes som vanedanning (misbruk). Det som kjennetegner psykisk avhengighet er at brukeren på grunn av den psykiske effekten av det narkotiske stoffet, tvangsmessig nedlegger betydelige ressurser for å få tak i det, selv etter at smertene og den fysiske abstinensen er borte (McCaffery 2001:81).

Ved bruk av rusmidler blir hjernens mesolimbiske område berørt. Det er her vi bearbeider blant annet følelser knyttet til belønning og motivasjon. For å tilfredsstille våre primære behov, vil belønningssenteret sørge for økt lyst til å dekke disse. Ved bruk av rusmidler vil stimulien gå direkte til belønningssenteret uten den naturlige filtreringen. Opplevelsen av lykke, glede og belønning blir derfor mye sterkere, og ønsket om å gjenta rusinntaket øker. Når rusmidler blir brukt over lang tid vil effekten av stimulien minske. Det kan forårsake et behov for større mengder med rusmidler for å kunne gjenoppleve den ufiltrerte følelsen av lykke. Man kan altså si at jo høyere toleranse et menneske utvikler jo større blir behovet og "suget" etter mer rus. På samme tid vil rusmisbruk kunne føre til at motivasjon fra den naturlige følelsen av glede og belønning ikke oppleves like sterk (Bratteteig, Hove & Aakerholt 2004: 28-29).

4.0 DRØFTING

4.1 Vår historie fra praksis

På denne helt vanlige dagen satt jeg på vaktrommet og skrev en rapport da en sykepleier kom hastende inn. “Herregud, nå har vi fått en *sånn!*” Det ble masse mumling, og oppstyr rundt tavlen der pasientene blir fordelt på de ulike rommene. Akkurat det oppstyret er ikke uvanlig, det er alltid litt styr å få sengekabalen til å gå opp når det kommer inn en akuttpasient. Men det som var uvanlig var den vedvarende mumlingen, og den tydelige misnøyen og uenigheten om hvor denne nye pasienten skulle ligge. Etter en stund ble det enighet om romfordelingen og nevnte sykepleier gikk for å hjelpe pasienten inn på rommet. Da så jeg mitt snitt til å spørre en annen sykepleier om hva “en *sånn*” pasient er? Jeg vet ikke helt hva jeg forventet til svar, men det var i alle fall langt fra det jeg fikk høre. En ”*sånn*” pasient, kunne hun forklare, var en narkoman. Videre fortalte hun meg om alt det ekstraarbeidet det kom til å medføre for oss, og hvor usikker de andre pasientene kom til å bli, og at ingen andre pasienter ville akseptere å dele rom med en stoffmisbruker. Hun kunne stadfeste at han med all sannsynlighet både kom til å lyve og muligens forsøke å stjele ting, både fra avdelingen og fra andre pasienter. Jeg spurte henne om hvilket ekstraarbeid hun mente han ville påføre oss? Måten hun svarte på da fikk meg til å føle meg dum. “Kjære vene! Han er narkoman! Hvorfor tror du han kommer hit?” Det jeg tenkte var at han mest sannsynlig kom dit fordi han hadde smerter, og hadde behov for en operasjon for å bedre det. Men i følge sykepleieren jeg snakket med var det langt fra sant, det var i alle fall ikke hovedgrunnen. Etter hennes mening kom han dit for å få en plass å sove, gratis mat og dusj. Men den aller viktigste grunnen, kunne hun informere meg om, var tilgangen til medikamenter, og da særlig sterke smertestillende. “Tenk så enkelt, bare komme hit å få mat og stell, og i tillegg bli forsynt med gratis rus!”

Dette er ikke en gjenfortelling av en hendelse, men en sammensetning av forskjellige opplevelser vi har hatt i praksis. Vi opplevde begge å møte narkomane pasienter og vi erfarte begge hvilke holdninger enkelte av sykepleierne hadde overfor disse menneskene. Vi vil understreke at det var langt fra alle sykepleierne som viste slike dårlige holdninger. De fleste var tvert i mot kunnskapsrike og engasjerte, og hadde både empati og stor omsorg for sine pasienter. De erfaringene vi gjorde oss i møte med sykepleiere med dårlige holdninger, gjorde sterkt inntrykk på oss. De eksemplene vi har valgt å bruke i den videre drøftingen er flere

enkeltstående opplevelser og erfaringer satt sammen til en historie som belyser vårt valg av tema.

I historien over forteller vi om en rusmisbruker som blir innlagt på kirurgisk avdeling. La oss kalle ham Per. Per kom inn med store smerter, og vakthavende lege hadde vurdert det slik at han hadde behov for smertelindring og operativ behandling. Pasienten var tydelig smertepåvirket, han var blek, anspent og pusten var rask og overfladisk. Han var også redd for det inngrepet han skulle gjennom, slik som veldig mange er. Han hadde behov for å snakke om det som skjedde med ham og det som skulle skje videre, akkurat som de fleste pasienter har. Men forskjellen mellom Per og andre pasienter var at han på ingen måte fikk den oppmerksomheten han burde fått. Det var stor misnøye blant sykepleierne som ofte og høyløst ga uttrykk for at hans spørsmål og ytring om smerter, var mas og muligens rett og slett løgn for å få mer smertestillende til og ruse seg på. Ofte kunne noen av sykepleierne stå sammen å diskutere det de oppfattet var en unødvendig belastning for avdelingen; de fleste av dem mente at Per overdrev smertene sine. ”Han henger i snora” utbrøt den ene av dem.

Det var derfor tydelig for oss at noen av sykepleierne ikke trodde at Per virkelig hadde så store smerter, og at det derfor var unødvendig med mer smertestillende. ”Han har jo nettopp fått” var en kommentar som gikk igjen ofte.

4.2 Sykepleiernes holdninger og kommunikasjon

De holdningene disse sykepleierne viste er etter vår oppfatning i strid med sykepleiens grunnleggende menneskesyn, som også Travelbee fremhever som viktig i et slikt yrke. Vi opplevde at Per ofte ble møtt med avvisning, og ble mistrodd. Det virket som om sykepleierne unngikk så langt det var mulig å ha noe med Per å gjøre. De var inne på rommet hans bare når de absolutt måtte, og hvis han hadde ringt på dem lenge nok. Når de først gikk inn til ham var det tydelig for alle som kunne se at de ikke ønsket å være der. Ofte gikk de heller ikke lenger inn på rommet enn rett innenfor døren, og de viste alle tegn på at de hadde det travelt eller bare helst ville gå igjen. De sto med hånda på døra, klar til å gå. De kunne snu ryggen til før de hadde avsluttet det de var kommet for å si. De kom sjelden helt nær Per med mindre de hadde en grunn til det, og de var alltid svært kortfattet i det de hadde å si til ham.

Å bygge en relasjon til et annet individ kan ta tid og i noen tilfeller være vanskelig. Likevel er relasjonsbygging en svært viktig del av det å kunne se hele mennesket, som igjen er en del av den holistiske tankegangen vi lærer om på skolen. Hvis man unngår å bygge denne relasjonen, har man på mange måter fjernet seg fra muligheten til helhetlig omsorg og sykepleie.

Når det kommer til det å kommunisere med pasienter, er det selvfølgelig viktig at det vi sier er gjennomtenkt og så nøyaktig som mulig. Like viktig, om ikke viktigere, er det vi ikke sier, og det som kroppsspråket og den nonverbale kommunikasjonen vår formidler. En person som er åpen, fordomsfri og imøtekommende vil ytre disse holdningene, ikke bare gjennom det hun sier men også med sitt kroppsspråk.

Sykepleieren som formidlet informasjon til Per gjorde det på en måte som ikke åpnet for å stille spørsmål eller ytre usikkerhet. Hun hadde med seg informasjonsskriv inn på rommet hans, og brukte dem som manus. Hun fokuserte på papirene på en måte som virket unaturlig for en sykepleier som har informert om et slikt inngrep mange ganger. Hun løftet sjelden blikket fra papirene og la ikke inn verken pauser eller åpnet for spørsmål. Selvfølgelig spurte hun Per til slutt om han hadde forstått det hun hadde fortalt, og han svarte ja. Men i stedet for å spørre ham om det var noe han hadde lyst å snakke om i forhold til inngrepet, eller om det var andre ting han lurte på, la hun informasjonsskrivene på nattbordet og gikk ut.

I Pers tilfelle fikk han altså all den informasjonen han hadde krav på og den var riktig. Men måten den ble formidlet på var mekanisk, lite gjennomtenkt og manglet empati. Som mennesker har vi et spekter av følelser som for eksempel kjærlighet, frykt, glede og avsky. Slike følelser har vi store problemer med å skjule i samspill med andre individer, selv når vi forsøker. Det er slike følelser som vil komme til uttrykk gjennom den nonverbale kommunikasjonen vår, og enten fremme eller hindre videre samspill og relasjonsbygging. Måten sykepleieren forholdte seg til Per på ga inntrykk av at hun ikke likte seg i den situasjonen hun var i, og for Per ville det ikke være vanskelig å tolke hennes nonverbale kommunikasjon som at hun var ukomfortabel i møte med ham.

Konsekvensene av slik forutinntatthet som gjenspeiles i sykepleierens holdninger kan bli alvorlige. Etter vår oppfatning så ikke sykepleieren den unike personen Per, som med all tydelighet trengte hennes hjelp. Sykepleierens holdning var i dette tilfellet stikk i strid med Travelbees teori om menneske-til-menneskeforholdet. Hvis sykepleieren hadde sett Per ut ifra Travelbees teori ville hun oppfattet han som et unikt menneske uten å ”gjemme” seg bak

”sykepleierfasaden”. Hun ville brukt seg selv og på grunn av ønsket om å hjelpe, ville hun lært ham å kjenne. Etter hvert ville hun sett hva Per trengte, og gitt ham det. Han hadde i første rekke behov for forståelse, og å bli sett som et menneske. Han trengte blant annet videre omsorg i form av nærhet, informasjon, og smertelindring. Han trengte også å få prate om sine problemer og smerter, og føle at han hadde menneskeverd ved at noen brydde seg.

Det er vår oppfatning at Per sannsynligvis følte det som en avvisning når sykepleierne så tydelig holdt avstand allerede før de hadde lært ham å kjenne. Kanskje var han fra før vant til at folk holdt avstand. Vi kan imidlertid tenke oss at det er mye mer sårende å se sykepleiere gjøre det samme i en situasjon der han har det veldig vondt og trenger hjelp. I denne situasjonen var han ekstra sårbar og hadde bare helsepersonellet å sette sin lit til. Han følte seg derfor kanskje helt alene, selv om det tilsynelatende var mange mennesker rundt ham.

Gjennom sykepleiestudiet lærer vi at å være sykepleier på mange måter betyr å være pasientens “advokat”. Vi skal ta vare på pasientens interesser og snakke hans sak. Men å innta en slik rolle forutsetter etter vår mening at sykepleieren har omsorg og empati for pasienten. Uten vilje eller evne til å se pasientens sak fra hans side vil sykepleieren heller ikke kunne videreformidle til andre hva hun mener er den beste fremgangsmåten for videre behandling. Og for å komme til det punktet i samhandlingen med pasienten, er sykepleieren avhengig av gode kommunikasjonsferdigheter.

I forskningsartikkelen til Blondal og Halldorsdottir (2008) kom det frem at hovedvekten av de spurte sykepleierne mente det var viktig å kunne “lese” pasienten for å vurdere hvor smertepåvirket de var. I den forbindelse nevnte sykepleierne at de både vurderte pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. Respondentene i denne forskningen gav uttrykk for at både verbal og nonverbal kommunikasjon ble vektlagt når de vurderte pasientens tilstand. Det er vår oppfatning at det er vanskelig å vurdere en pasients smerteopplevelse hvis man går inn i situasjonen med en forutinntatt holdning til det mennesket man skal ha omsorg for. Og selv om den nonverbale kommunikasjonen er svært viktig, må vi ikke se bort fra den verbale delen. I enkelte tilfeller der pasienten har et øyeblikk av ”kontroll” over sine smerter, kan det være avgjørende at sykepleieren spør hvordan smerten oppleves og hvor sterk den er. Det er rett og slett fordi pasientens kroppsspråk ikke formidler riktig bilde av situasjonen, og sykepleieren kan bli lurt til å tro at smertene ikke er så alvorlige.

4.3 Integritet og verdighet

Fordi sykepleieren ofte er den som bruker mest tid sammen med pasientene, er det også hennes oppgave å sørge for at pasientens integritet og verdighet blir ivaretatt på best mulig måte. I et sykehusmiljø, der privatlivet dessverre ofte er minimalt og ulike prosedyrer gjør at nærmest ukjente mennesker kommer svært tett innpå hverandre kan dette være en utfordring. Pasientene ligger ofte flere på samme rom og må dele bad. Ulike prosedyrer og beskjeder blir gitt og utført på rommet, og det er ikke alltid slik at det går an å be de andre pasientene om å forlate rommet. Likevel erfarte vi at sykepleierne stort sett løste disse utfordringene på en flott måte. Viktige beskjeder ble gitt mens pasientene var alene på rommet, eller på et annet rom hvis det lot seg gjøre. Skjerm Brett var hyppig i bruk, og i de tilfellene det var mulig ble de andre pasientene på rommet bedt om å vente utenfor. Men det er ikke bare gjennom slike tiltak man skjerner pasienten og tar vare på hans integritet og verdighet. Som beskrevet i avsnittet om kommunikasjon, kommer vårt menneskesyn til syne gjennom måten vi kommuniserer på. Dette menneskesynet henger sammen med måten vi vil ivareta andre menneskers integritet på. Å bli innlagt på sykehus kan for mange føre til at de føler seg som en byrde, både for sine nærmeste og for de ansatte. Plutselig trenger de hjelp til oppgaver de har klart selv og tatt som en selvfølge hele livet. Denne opplevelsen av hjelpeløshet kan føre til at de mister litt av sin selvrespekt. Her er det sykepleierens erfaring og empati kommer inn som et viktig bidrag. Gjennom sine holdninger og sin måte å behandle pasienten på, kan hun motvirke pasientens tap av selvrespekt, og på den måten opprettholde den viktige integriteten.

Med Per var det ikke slik at sensitiv informasjon eller prosedyrer ble utført i andres åsyn. Men sykepleiernes holdninger og kommunikasjon med han gjorde heller ingenting for å sikre at hans selvrespekt ble ivaretatt. Vi mener også at hva som blir sagt på vaktrommet og sykepleiere i mellom, helt klart har betydning for ivaretagelsen av pasientenes integritet og verdighet. Når sykepleierne snakket om Per og omtalte han slik som de gjorde, manglet de etter vår mening grunnleggende respekt for individet. Uten denne respekten ser vi heller ikke hvordan sykepleierne kunne utføre sin jobb på en måte som sikret at Per følte at han mestret den situasjonen han var i. Ved ikke å sikre at han var godt nok smertelindret, tok sykepleierne også fra ham mye av den kontrollen han kunne hatt over seg selv. I praksis så vi ofte at godt smertelindrede pasienter klarte å ivareta seg selv og sine grunnleggende behov på en god måte. Med Per ble det slik at han trengte mye hjelp til det meste, og ofte ga han uttrykk for at det var smertefullt.

4.4 Å behandle rusmisbrukeres smerter

Rusmisbrukere har mindre av kroppens egne smertelindrende stoffer, og derfor ofte større behov for medikamentell smertebehandling. For å oppnå ønsket effekt av smertebehandlingen, mener vi det vil være avgjørende for pasienten at sykepleieren har kunnskap om rus, smerter og lindring. Det er i dag forventet at helsearbeidere skal holde seg faglig oppdaterte, og det vil også bety å innhente kunnskap innenfor det området som omhandler pasienter med rusmisbruk. Uten den kunnskapen vil det være nærmest umulig for sykepleieren å ta riktige avgjørelser i forhold til å gi adekvat smertelindring.

I forskningsartikkelen til Blondal og Halldorsdottir (2008) mente flere av de spurte sykepleierne det var vanskelig å avgjøre hvor smertepåvirket pasienter med rusmisbruk var, og om de i det hele tatt hadde behov for smertelindring. Sykepleiere som ble intervjuet uttrykte også at de ikke hadde noen referanseramme å forholde seg til, og at de manglet erfaring i å behandle mennesker med rusmisbruk. Å vurdere andres smerter er en oppgave som sykepleiere ofte må gjøre og i den forbindelse er det viktig å huske på at opplevelsen av smerte ikke bare er subjektiv, men også uforutsigbar. Hvordan en person opplever smertene etter et bestemt inngrep, kan ikke automatisk overføres til neste pasient. Smerten til en og samme pasient kan også variere voldsomt i løpet av en sykehusinnleggelse. I praksisperioden vår opplevde vi mange pasienter som kom inn for det samme inngrepet, men det var svært sjelden de karakteriserte smertene sine likt. De ble da også behandlet ut fra hvor sterke smerter de selv ga uttrykk for å ha. I slike situasjoner fikk vi sett det vi har lært gjennom studiet om å ha pasienten i fokus. Vi så ved flere anledninger at pasientens opplevelse av lindring og omsorg ble påvirket av i hvilken grad han ble sett, hørt og trodd.

I masteroppgaven til Krokmyrdal (2010) kom det blant annet fram at sykepleierne som var med i studien hadde sympati for opioidavhengige rusmisbrukere, og hadde forståelse for at de lever i en vanskelig tilværelse. De samme sykepleierne mente imidlertid at denne pasientgruppen overdrev smertene sine, og krevde ekstra smertestillende. De mente også at rusmisbrukerne er uærlige om effekten av smertebehandlingen de får, for å få mer smertestillende. Dette indikerer at rusmisbrukere blir mistrodd i hvordan de opplever smertene sine. Vel halvparten av sykepleierne mente samtidig at rusmisbrukernes smerter var underbehandlet. Forskningen viste også at mange av sykepleierne syntes at pasientgruppen kunne være krevende, og kunne føle irritasjon overfor disse pasientene i behandlingssituasjoner. Videre viste forskningen at respondentenes kunnskaper

gjennomgående var erfaringsbasert, og at det var stor usikkerhet knyttet til gjenkjenning og vurdering av smerter. Det var også teoretiske mangler ved mange av sykepleiernes kunnskaper om hvordan opioider kan påvirke opplevelsen av smerter hos rusmisbrukere (Krokmyrdal, 2010). Etter vår oppfatning er det derfor tydelige forskjeller på hva sykepleiere sier om sine holdninger til rusmisbrukere generelt, og hva som kommer fram av de samme sykepleiernes behandling av rusmisbrukeres smerter. Derfor kan spørsmål om mer smertestillende oppfattes som ”mas etter rus” fordi sykepleierne ikke vil tro på, eller ikke vil se smertene. Hvis sykepleierne i denne studien hadde hatt bedre kunnskaper enn det som kom fram, ville kanskje deres syn på rusmisbrukeres smerteopplevelse vært en annen.

I studien til Natan, Beyil og Neta (2009) var sykepleierne klare på at de selv følte de hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å kunne behandle mennesker med rusmisbruk på en tilfredsstillende måte. Men i denne studien kom det også frem at de samme sykepleierne ville føle seg ukomfortable i situasjoner der pasienten faktisk hadde et rusmisbruk. Slik vi har erfart det, er økt kunnskap med på å gjøre sykepleierne sikrere og mer komfortable i behandlingssituasjoner. I Pers tilfelle ville kanskje økt kunnskap ført til at sykepleierne trodde på ham. Vi vet at mange rusmisbrukere har større behov for smertelindring for å oppnå samme effekt som ikke – avhengige på grunn av sin toleranseutvikling. Samtidig vet vi også at rusmisbrukere tåler mer smertestillende før det påvirker respirasjonen eller gjør dem døsig. Hadde sykepleierne tatt disse faktorene med i betraktning før de anså Pers spørsmål om mer smertelindrende som mas etter rus, ville han kanskje blitt bedre ivaretatt. Vår oppfatning er også at sykepleiernes holdninger kunne blitt påvirket i positiv retning hvis de hadde hatt økt kunnskap.

Per hadde mye smerter, både før og etter inngrepet. Han fortsatte en god stund med det som enkelte sykepleiere karakteriserte som mas, og ville ofte ha mer smertestillende. Konsekvensene av dette ”maset” var økt irritasjon blant noen av sykepleierne. Men i stedet for denne irritasjonen mener vi de burde tatt seg tid til å lytte til Per. Hva var det han hadde å fortelle? Han var i en ukjent situasjon, på en fremmed plass, blant fremmede mennesker. Og han hadde smerter som ikke ble tilstrekkelig lindret. Hvis sykepleierne hadde sett mennesket og individet Per, mener vi det ville vært enklere for dem å vurdere hans smerter ut fra hvordan han selv beskrev dem og ved å tolke hans kroppsspråk.

4.5 Hva vi har lært

Profesjonell smertebehandling forutsetter gode nok og oppdaterte evidensbaserte kunnskaper. Teoretisk kunnskap alene er imidlertid ikke nok, den må sammenkobles med gode holdninger. Etter vår oppfatning forutsetter gode holdninger at man har empati og et ønske om å lindre de smertene pasienten har. Først da vil pasienten gi oss den viktige og unike informasjonen som sammen med den evidensbaserte og erfaringsbaserte kunnskapen legger grunnlaget for de vurderinger og beslutninger vi gjør. Avgjørelsene som blir tatt på bakgrunn av informasjon og kunnskap er grunnleggende for om pasienten får god smertebehandling eller ikke. Når en sykepleier innehar disse nødvendige ferdighetene, spiller det ingen rolle om pasienten er en rusmisbruker.

I vår praksis på kirurgisk sengepost møtte vi mange pasienter som hadde betydelige smerter, både pre- og postoperativt. Som regel fikk de god smertelindring. Per er derimot et eksempel på en pasient som ikke ble hørt, og dermed heller ikke fikk den omsorgen og smertelindringen han hadde behov for.

Vi mener Per burde blitt møtt som alle andre pasienter. Når Per fortalte at han var redd for det som skjedde med ham og at han var engstelig for det inngrepet han skulle gjennom, skulle sykepleieren tatt ham på alvor. Som sykepleier har man mange viktige oppgaver i forhold til de menneskene man møter, og vi mener en av de viktigste er å ta seg tid til å se og høre pasienten. På den måten kunne Per fått fortalt hvorfor han var engstelig for det som skulle skje, og sykepleieren hadde fått anledning til å berolige ham. I beste fall kunne en slik samtale kanskje ført til at Pers smerter ikke følte uoverkommelige ved å få satt ord på tankene, og sykepleieren hadde hatt en god mulighet til å vurdere Pers tilstand på en skikkelig måte. Det ville også gitt en mulighet for å avlede pasienten til å tenke på noe annet. Vi kunne også forsikret Per om at vi sammen med legen og ham selv skal finne en smertebehandling som fungerer. Når pasienten vet at smertene han har nå er midlertidige, blir det lettere å takle dem. Man viser da også omsorg for pasienten og at man gjør alt man kan for at han skal få det bra. Han skal kunne føle en trygghet over å bli tatt vare på, og ikke overlatt til tilfeldighetene.

Var det sånn at Per kanskje ikke hadde ringt på og “maset” så mye hvis han bare hadde fått den omsorgen og oppmerksomheten vi mener han hadde krav på, helt fra starten? Vi opplevde det ofte slik i praksis at hvis man bare med jevne mellomrom tar seg tid til en runde på rommene til de pasientene man har ansvar for, blir det mindre ringing og spørsmål om

småting i løpet av en dag. Det tror vi har en sammenheng med at pasientene føler seg tryggere når de vet at du er der og har sett dem. Mange ganger oppfattet vi at pasienter følte seg ensomme når de lå på sykehuset. Og bare det at vi tok oss tid til å komme inn til dem uten å skulle gjennomføre noen prosedyre eller gi informasjon, kunne for noen bety ganske mye. Slike små “besøk” trenger ikke ta lang tid, og man trenger ikke snakke om annet enn løst og fast, men det kan gjøre mye for forholdet mellom pasient og sykepleier.

For å kunne gi den omsorgen og behandlingen som er nødvendig, er man som sykepleier nødt til å se pasientene som enkeltstående individer og ikke som en gruppe. Og for å klare det må man være åpen og inkluderende i møte med den andre personen. Per ble helt klart sett på som en del av en gruppe som ikke står høyt i kurs. Det ble til stadighet snakket om ham på vaktrommet. Der ble han omtalt på en måte som fortalte oss at i manges øyne var han ikke et individ. “De der”, “Sånne der”, “Når de sier...” og “Når sånne der spør om....” var måter han ble omtalt på. Og gjennomgangstemaene var at han maste, skulle ha mer smertestillende og ringte på hele tiden.

Forskningen vi har funnet viste at sykepleierne som var med i den hadde sympati for og grunnleggende positive holdninger overfor opioidavhengige rusmisbrukere, men forståelsen, og troen på rusmisbrukernes smerteopplevelser var ikke god nok. De har etter vår oppfatning vanskelig for å tro på at rusmisbrukerne har smerter i den grad de beskriver dem. Det virker som om disse sykepleierne ikke anser rusmisbrukere som troverdige. Dette stemmer godt overens med det vi har erfart i praksis. Det vi erfarte var at sykepleierne gjerne ville være åpne og inkluderende, og de fleste oppfattet seg selv som lite forutintatte. Men i mange tilfeller var det ikke samsvar mellom de verdiene de tilegnet seg selv, og de holdningene som kom til syne i behandlingen de ga Per. På den måten mener vi sykepleierne kan bidra til at rusmisbrukere vil kunne føle seg mistrodd og dermed stemplet som uærlige.

5.0 KONKLUSJON

Vi valgte å skrive om temaet smertelindring til rusmisbrukere på grunn av opplevelser i praksis. Disse opplevelsene gjorde et sterkt inntrykk på oss. Selv om de fleste sykepleierne vi møtte hadde gode holdninger, var det noen som opptrådte stikk i strid med våre verdier og de etiske retningslinjer vi har lært på skolen. Vi samlet disse kritikkverdige hendelsene og laget en historie om rusmisbrukeren Per. Han ble ikke hørt når han både verbalt og nonverbalt uttrykte sine smerter. Formålet med oppgaven ble å finne ut hvordan sykepleiere på somatisk sykehus, best mulig kan hjelpe rusmisbrukere med smerter. Vi har brukt kunnskapen fra aktuell litteratur og forskning, og lagt den opp mot erfaringene vi hadde i praksis. Vi valgte å støtte oss til sykepleieteoretikeren Travelbee fordi hennes teori gjenspeiler det som etter vår oppfatning er viktig i god sykepleie. Hun mener sykepleieren gjennom kommunikasjon og samarbeid ser det unike i hver enkelt pasient. På den måten er sykepleieren i stand til å ta avgjørelser som er basert på den enkeltes individuelle behov.

Når det kommer til smertelindring til rusmisbrukere viser både forskning og våre egne erfaringer at sykepleieren mangler nødvendig kunnskap. Den kunnskapen må blant annet inkludere forståelse for toleranseutvikling og hvilke fysiologiske endringer som kan oppstå hos rusmisbrukere. Men for å ta i bruk sine kunnskaper er sykepleieren avhengig av empati, gode holdninger og evne til kommunikasjon. Uten disse egenskapene vil ikke sykepleieren kunne etablere det forholdet til sin pasient som er nødvendig for å vurdere hans tilstand og opplevelse av smerte. Dette forholdet er viktig for å kunne yte omsorgsfull hjelp, og opprettholde pasientens integritet og verdighet. Samtidig kan vi også si at sykepleie ikke bare kan bestå av gode holdninger og empati. Kunnskapen er svært viktig og nødvendig for å kunne gi forsvarlig hjelp. Det vil av den grunn være hensiktsmessig å tilegne seg nødvendige kunnskaper for at den jobben vi gjør som sykepleiere skal være forsvarlig. I andre situasjoner der vi er usikre gjør vi jo nettopp det!

PENSUMLITTERATUR

- Aadland, Einar. (2004). *Og eg ser på deg...: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A., Berntsen, H. (2001). Sykepleie til pasienter med smerter
I: Almås, H. (red.) *I Klinisk sykepleie*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, (3. utgave, 4. opplag).
- Bratteteig, M., Hove, I., Aakerholt, A. (2008) *Rusa eller gal?: sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Brinchmann, Berit, S. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magelsen, Ragnhild. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe AS.
- Raaheim, Arild. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Simonsen, T., Aarbakke, J., Lysaa. (2004), *Illustrert farmakologi, Bind 2*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

SELVVALGT LITTERATUR

- Blondal, K., Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. s. 2897-2906. I: *Journal of Clinical Nursing* nr. 18 (9 sider).
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2008). *Rusmidler i Norge*. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/rusmidler-i-norge.html?id=439352> [29.Mars 2011] (ca. 1 side).
- Knutstad, Unni. (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS. (7 sider).
- Krokmyrdal, K. A. (2010). *Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk*. Oslo: Høgskolen i Oslo. Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap (96 sider).
- McCaffery, M. og Beebe, A. (2007). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. (kap. 1,2,3 og 4: 81 sider).
- Natan, B., Beyil, V., Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. s.566 -573. I: *International journal of Nursing Practice* 2009 nr. 15 (7 sider).
- Nortvedt, F., Nortvedt, P. (2001). *Smerter – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (kap.1,2 og 10: 81 sider).
- Slettebø, Åshild. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (kap.3: 19 sider).
- Stene, Morten. (2003). *Vitenskapelig forfatterskap: Hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver*, Oslo: Kalle forlag. (kap. 3 og 4: 31 sider).
- Tranøy, Knut Erik. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (4 sider).
- Travelbee, Joyce. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (kap. 1,2,3,6,9 og 10: 130 sider).
- Sum selvvalgt litteratur: 466 sider.