

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði.

Verkefnið unnu:

Jóna Maren Magnadóttir

Sólrún Arney Siggeirsdóttir

**Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til B.S.
prófs í hjúkrunarfræði.**

Dr. Gísli Kort Kristófersson

Útdráttur

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga getur verið flókin og reynt á hæfni og þekkingu þeirra sem sinna þeim. Þessir einstaklingar sýna oft erfiða hegðun vegna fíknar sinnar og einnig breytist sársaukanæmi þeirra eftir langvarandi notkun óþíata. Til þess að verkjastilling sé viðunandi þarf að forðast það að einstaklingar fái fráhrarfseinkenni og byrja þarf á því að mæta grunnóþíatþörfum þeirra. Forðast á notkun óþíata til verkjastillingar við vægum verkjum en ef verkir eru miklir ætti að nota þau. Ef einstaklingar eru illa verkjastilltir eru þeir undir álagi og þá er líklegara að þeir falli í sama farið aftur og myndi fíkn í óþíöt.

Rannsóknaráætlun þessi er til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangur hennar er að skoða hvernig verkjastillingu þeirra óþíatháðu einstaklinga er háttað sem leita á bráðamóttöku Landspítalans og kanna hvort sjúklingar og hjúkrunarfræðingar meti hana nægilega góða. Rannsóknin kannar hvaða lyf eru gefin og í hvaða magni, ásamt því að meta viðhorf hjúkrunarfræðinga í garð þessa hóps. Þátttakendur eru annars vegar fullorðnir einstaklingar sem leita á bráðamóttökuna á 12 mánaða tímabili og uppfylla skilyrði rannsóknarinnar og hins vegar þeir hjúkrunarfræðingar sem sinna þeim.

Rannsóknaraðferðin er megindleg og svara þátttakendur spurningalista.

Lokaniðurstöður fást eftir ár þegar rannsóknartímabilinu lýkur. Rannsóknarspurningin er: Hvernig verkjastillingu fá óþíatháðir einstaklingar sem leita á bráðamóttöku Landspítalans og er hún viðunandi að mati sjúklinga og hjúkrunarfræðinga?

Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á Íslandi til þess að finna út fjölda óþíatháðra einstaklinga sem leita sér þjónustu á bráðamóttöku Landspítalans vegna verkja. Hægt væri að nota niðurstöðurnar til þess að bæta þjónustuna við þennan hóp og auka þekkingu hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks ef þörf er á.

Lykillhugtök: Fíkn, ávani, verkir, óþíöt, misnotkun lyfja.

Abstract

Pain management for opioid dependent patients can be very complicated and test the competence and knowledge of those who treat them. These individuals often show difficult behavior because of their addiction and their pain sensitivity also changes after long term opioid abuse. For pain management to be successful withdrawal symptoms must be avoided and base-opioid needs must be met. Opioids should not be used for mild pain, but if the pain is severe opioids should be used. If recovering addicts are not treated well enough they become distressed which increases the risk of relapse.

This research proposal is a thesis towards a B.S. degree in nursing at the University of Akureyri. Its aim is to look at pain management for opioid dependent patients, who seek services at the emergency room at Landsspítali University Hospital and find out if both patients and nurses are content with the current state of affairs.

The research will explain what opioid medications are used and in what quantity, as well as evaluating the nurses' attitude towards this group. Participants are on the one hand adults that attend the emergency room and meet the research inclusion and exclusion criteria and on the other hand the nurses that provide their care.

The proposed research method is quantitative and the participants will answer a questionnaire. After 12 months the results will be evaluated. The research question is: What is the quality of the pain management for opioid dependent patients that seek service in Landspítali University Hospital and do both the patients and nurses find it adequate?

No research has been conducted in Iceland to find out how many opioid dependent patients seek assistance at the emergency room at Landspítali University Hospital because of opioid dependence. The results could tell whether the service they get is of adequate quality and help nurses to expand their knowledge in providing high quality care for this population.

Key words: Addiction, opioid dependence, pain, opioids, drug abuse

Efnisyfirlit

Útdráttur	iii
Abstract.....	iv
Efnisyfirlit.....	v
Listi yfir töflur	ix
Þakkarorð.....	x
Kafl 1 - Inngangur	1
Bakgrunnur viðfangsefnis og gildismat rannsakena.....	1
Tilgangur rannsóknar og gildi fyrir hjúkrun.....	2
Meginhugtök og rannsóknarspurning.....	2
Fíkn.....	2
Ávani.....	2
Verkir.....	2
Ópiöt.....	3
Misnotkun lyfja.....	3
Rannsóknarspurning.....	3
Aðferðafræði áætlaðrar rannsóknar	3
Uppsetning skýrslu	4
Heimildaleit fræðilegs hluta	4
Samantekt	5
Kafl 2 - Fræðileg umfjöllun.....	6
Skilgreiningar	6

Fíkn (e. addiction).....	6
Þol (e. tolerance).....	7
Ávani (e. dependence).....	7
Breytingar miðtaugakerfis.....	7
Fráhvörf.....	8
Faraldsfræði fíknar og ávana.....	8
Fylgikvillar fíknar.....	11
Óþíöt.....	12
Ólögleg óþíöt.....	12
Lögleg óþíöt.....	13
Viðhaldsmeðferð.....	15
Meþaðón.....	15
Buprenorphin.....	17
Verkir óþíatháðra einstaklinga.....	18
Lífeðlisfræði.....	18
Faraldsfræði verkja óþíatháðra einstaklinga.....	19
Viðhorf starfsfólks.....	22
Ranghugmyndir sem hindra verkjameðferð.....	22
Hæfni og menntun starfsfólks.....	24
Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga.....	25
Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga við bráðaverkjum.....	26
Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga fyrir aðgerð.....	30

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga í aðgerð.....	31
Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga eftir aðgerð.	32
Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga með langvarandi verki.....	33
Verkjastilling einstaklinga í viðhaldsmeðferð.....	34
Verkjastilling einstaklinga sem hafa hætt neyslu ópíata.	35
Samantekt	36
Kaflí 3 - Aðferðafræði	38
Rannsóknaraðferð.....	38
Þátttakendur.....	38
Siðferðilegar vangaveltur	39
Sjálfræðisreglan.....	39
Skaðleysisreglan.....	40
Velgjörðarreglan.....	40
Réttmætisreglan.....	40
Áreiðanleiki, réttmæti og takmarkanir áætlaðrar rannsóknar.....	41
Gagnasöfnun.....	42
Gagnagreining	43
Samantekt	43
Kaflí 4 - Umræður	45
Umræður fræðilegrar samantektar.....	45
Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði.....	46
Samantekt	47

Kafli 5 - Lokaorð	48
Heimildarskrá	49
Fylgiskjöl.....	55
Fylgiskjal 1 – Beyging orðsins ópíat	55
Fylgiskjal 2 – Drög að spurningalista fyrir sjúklinga.....	56
Fylgiskjal 3 – Drög að spurningalista fyrir hjúkrunarfræðinga.....	57

Listi yfir töflur

Tafla 1	16
Tafla 2	28

Þakkarorð

Við viljum byrja á því að þakka leiðbeinandanum okkar, Dr. Gísla Kort Kristóferssýni, fyrir stuðninginn og faglega leiðsögn við gerð þessarar rannsóknaráætlunar. Einnig viljum við þakka Kristínu Kolbeinsdóttur fyrir að leiðbeina okkur með enska málfræði og Elíasi Mikael Vagni Siggeirssýni fyrir aðstoð við tölfræðireikning. Kærar þakkir fær Nanna Árný Jónsdóttir fyrir þann tíma sem hún eyddi í að hjálpa okkur með málfar og stafsetningu og einnig fyrir góðar ábendingar og athugasemdir. Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar sem sýndu okkur þolinmæði og tillitssemi meðan við unnum að þessu verkefni.

Kafli 1 - Inngangur

Rannsóknaráætlun þessi er lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Þessi rannsóknaráætlun snýst um að skoða verkjastillingu óþíatháðra einstaklinga sem leita á bráðamóttöku Landspítalans og kanna hvort sjúklingar og hjúkrunarfræðingar séu ánægðir með árangur verkjastillingar þessa hóps og núverandi vinnulag.

Í þessum kafla verður bakgrunni og tilgangi viðfangsefnis lýst og rætt um gildi verkefnisins fyrir hjúkrun. Einnig verða meginhugtök skilgreind, gildismati rannsakenda lýst og uppsetning skýrslu útskýrð. Í lokin verður gerð grein fyrir því hvernig gagnasöfnun fór fram.

Bakgrunnur viðfangsefnis og gildismat rannsakenda

Viðfangsefni þessarar rannsóknaráætlunar er að skoða hvernig verkjastillingu er háttað hjá einstaklingum sem eru háðir óþíötum. Þessum einstaklingum fer sífellt fjölgandi í heiminum (Katz o.fl., 2013; Liu, Logan, Paulozzi, Zhang og Jones, 2013) og þess vegna þarf að auka vitund og þekkingu hjúkrunarfræðinga á meðhöndlun verkja þeirra þar sem verkjaupplifun getur breyst með langvarandi óþíatnotkun (Compton, Canamar, Hillhouse og Ling, 2012; Huxtable, Roberts, Somogyi og Macintyre, 2011; Laroche, Rostaing, Aubrun og Perrot, 2012; Mehta og Langford, 2006; Pud, Cohen, Lawental og Eisenberg, 2006).

Höfundar hafa báðir unnið á bráðadeildum spítala og komist að því að viðhorf til þessa hóps er afar misjafnt og í sumum tilfellum fer þjónustan eftir álitum starfsfólks á sjúklingi. Einnig er til staðar hræðsla við að gefa þeim einstaklingum verkjalyf sem hafa sögu um fíkn eða misnotkun lyfja. Það er því áhugavert að athuga hvernig verkjastilling óþíatháðra einstaklinga er í raun og veru að mati sjúklinganna sjálfra og hjúkrunarfræðinganna sem sjá um meðferðina.

Með þessari rannsókn vilja höfundar komast að því hvort einstaklingar sem eru háðir óþíötum fái jafn góða verkjastillingu og aðrir sem leita til bráðamóttöku Landspítalans. Það er

ljóst að ef þeir fá ekki sömu verkjameðferð og þeir sem nota ekki óþíöt er verið að ganga á rétt þessa hóps. Í 14. grein laga Mannréttindasáttmála Evrópu (1994) kemur skýrt fram að ekki má mismuna einstaklingum út frá kynþætti, trúarbrögðum, þjóðfélagsstöðu eða annarra þátta og fellur annar rannsóknarhópurinn undir þessi lög.

Tilgangur rannsóknar og gildi fyrir hjúkrun

Niðurstöður rannsóknarinnar geta varpað ljósi á það hvort verkjameðferð þessa hóps er viðunandi eða hvort hana þarf að endurskoða. Einnig ætti að sjást hvort hjúkrunarfræðingar séu nægilega vel menntaðir á þessu sviði og hvort viðmót þeirra einkennist af fordómum.

Hjúkrunarfræðingar eiga að virða mannhelgi og bera velferð skjólstæðinga sinna fyrir brjósti óháð lífsstíl þeirra (Siðareglur hjúkrunarfræðinga, e.d.) og þar af leiðandi þurfa þeir að vera tilbúnir að mæta einstaklingsþörfum hvers og eins án fordóma. Því er mikilvægt að vita hvort nægilega vel sé staðið að þessu aðalhlutverki hjúkrunarfræðinga.

Meginhugtök og rannsóknarspurning

Fíkn. Endurtekin notkun lyfja og/eða vímuefna sem veldur því að neytandinn (fíkillinn) er öðru hvoru eða sífellt í vímu, sýnir áráttu í að taka tiltekið efni, á í erfiðleikum með að hætta lyfjanotkun sjálfur eða draga úr henni og sýnir staðfestu í áframhaldandi notkun. Notkunin hefur skaðleg áhrif á samfélagið sem og einstaklinginn sjálfan (WHO, e.d.a).

Ávani. Hægt er að vera líkamlega háður og andlega háður efnum. Í líkamlegum ávana koma fram fráhrarfseinkenni ef notkun er hætt skyndilega (Patel, 2013). Ávani verður þegar taugalífeðlisfræði líkamans aðlagast að stöðugri notkun óþíata (Mehta og Langford, 2006). World Health Organization (WHO) lagði til á sjöunda áratug síðustu aldar að orðin fíkn og fíkill myndu víkja fyrir orðinu ávani eða að vera háður (WHO, e.d.a).

Verkir. Verkir eru óþægileg, einstaklingsbundin skynjun og tilfinningaleg lífsreynsla samfara raunverulegum eða hugsanlegum vefjaskemmdum (Wentz, 2009).

Óþíöt. Óþíöt geta verið náttúruleg eins og t.d. óþíum, morfín og kódeín. Þau geta verið hálfunnin með efnafræðilegum aðferðum úr morfínbasa eins og t.d. heróín, eða unnin með efnafræðilegum aðferðum að öllu leyti eins og t.d. petidín, meþadón og ketógan (Almennar upplýsingar um fíkniefni, 1996). Óþíöt virka á sérstaka óþíatviðtaka og eru flest þeirra brotin niður í lifrinni. Morfín brotnar niður í efnasambandið morfín-6-glucuronide sem skilst svo út um nýrun (Bateman, 2007). Óþíöt eru notuð í verkjameðferðir og innihalda mismunandi mikið magn alkalíóða en það eru efnin sem valda vímuáhrifum (Almennar upplýsingar um fíkniefni, 1996). Við notkun orðsins óþíats verður stuðst við beygingarlýsingu frá stofnun Árna Magnússonar í íslenskum fræðum (Orðabók Háskólanna, 2015), sjá fylgiskjal 1.

Misnotkun lyfja. Misnotkun lyfja er mynstur sem felur í sér endurtekna notkun þrátt fyrir langvarandi eða endurtekin félagsleg, sálfræðileg og líkamleg vandamál auk atvinnutengdra vandamála sem verða verri vegna lyfjanotkunar í aðstæðum sem eru líkamlega hættulegar (WHO, e.d.b). Misnotkun telst einnig ef lyf eru notuð á annan hátt en leiðbeiningar segja til um (Patel, 2013).

Rannsóknarspurning. Hvernig verkjastillingu fá óþíatháðir einstaklingar sem leita á bráðamóttöku Landspítalans og er hún viðunandi að mati sjúklinga og hjúkrunarfræðinga?

Aðferðafræði áætlaðrar rannsóknar

Í fyrirhugaðri rannsókn er notast við lýsandi rannsóknarsnið og meginlega aðferðafræði. Notast verður við frumsaminn spurningalista sem inniheldur átta spurningar auk svigrúms til þess að koma með athugasemdir. Það að hafa frumsaminn spurningalista dregur úr ytra réttmæti fyrirhugaðrar rannsóknar þar sem engin reynsla er komin á hann (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Gögnum verður safnað á einu ári en eftir sex mánuði munu þau gögn sem komin eru verða tekin saman til að fá hugmynd um lokaniðurstöður rannsóknarinnar.

Rannsóknin er tvíþætt, annars vegar er þýðið þeir einstaklingar sem sækja á bráðamóttöku Landspítalans til verkjastillingar og úrtakið þeir einstaklingar sem uppfylla ákveðin skilyrði. Hins vegar er þýðið hjúkrunarfræðingar sem vinna á bráðamóttöku Landspítalans og úrtakið þeir hjúkrunarfræðingar sem sinna óþíatháðum einstaklingum sem koma til verkjastillingar og uppfylla skilyrði. Hafa þarf siðferði í huga við gerð og framkvæmd rannsóknarinnar til að komast hjá því að brotið sé á rétti þátttakenda. Áður en rannsóknin er framkvæmd þurfa ákveðnir aðilar að leyfa hana, eins og lækningaforstjóri og hjúkrunaforstjóri Landspítalans, deildarstjóri og yfirlæknir bráðamóttökunnar, Siðanefnd Landspítalans og Vísindasiðanefnd. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að ekki er hægt að fullvissa sig um að þátttakendur segi satt og rétt frá og svör þátttakenda eru ekki borin saman við svör einstaklinga sem ekki eru háðir óþíötum eða hafa sögu um óþíatnotkun. Slíkur samanburður myndi gefa betri mynd um það hvort þessi hópur fái jafn góða þjónustu og aðrir. Einnig gæti reynsluleysi rannsóknaenda haft áhrif á rannsóknarniðurstöður.

Uppsetning skýrslu

Í fyrsta kafla þessarar rannsóknaráætlunar er fjallað um uppbyggingu verkefnisins. Í öðrum kafla er fræðileg heimildasamantekt um ýmsar skilgreiningar eins og t.d. fíkn og verki, einnig er fjallað um viðhorf starfsfólks og verkjastillingu í mismunandi aðstæðum. Í þriðja kafla er fjallað um aðferðafræði fyrirhugaðrar rannsóknar og í fjórða kafla eru umræður um fræðilega heimildasamantekt og hvaða gildi rannsóknin hefur fyrir hjúkrunarfræði. Að síðustu eru lokaorð höfundu.

Heimildaleit fræðilegs hluta

Gagnasöfnin sem notuð voru við leit heimilda voru Leitir.is, Medline/PubMed, Cinahl, Google Scholar og OVID. Leitarorð voru; pain control, analgesia, opioid addicts, drug abuse, analgesic, opioid analgesia, addiction, pain, opioid abuse og acute pain. Fyrst var aðeins leitað að ritrýndum greinum frá árinu 2009 en þegar leið á gagnasöfnunina var ártalið fært til ársins

2006 til þess að fá betri heildarsýn yfir efnið auk þess að hafa eldra efni. Gerðar voru tvær heimildaleitir, ein í upphafi áður en viðfangsefni var endanlega valið og önnur eftir að rannsóknarspurning var mótuð og búið var að setja upp beinagrind að ritgerðinni. Einnig voru skoðaðar heimildaskrár fræðilegra samantekta til þess að finna frumheimildir sem gætu nýst í þessari rannsóknaráætlun.

Samantekt

Í þessum kafla var fjallað um bakgrunn viðfangsefnis og gildismat rannsakennda, næst var tilgangi og gildi rannsóknar fyrir hjúkrun lýst. Meginhugtök rannsóknaráætlunar voru skilgreind og aðferðafræði fyrirhugaðrar rannsóknar lýst, farið var yfir uppsetningu skýrslunnar og heimildaleit fræðilegs hluta lýst.

Kaflí 2 - Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla verður fræðileg umfjöllun um ýmsar skilgreiningar sem tengjast verkjum og óþíathæði. Farið verður yfir mismunandi tegundir óþíata og þau atriði sem heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga við meðhöndlun óþíatháðra einstaklinga. Einnig verður fjallað um verkjastillingu þeirra við mismunandi aðstæður. Í lokin verður samantekt á helstu niðurstöðum fræðilegrar umfjöllunar.

Skilgreiningar

Fíkn (e. addiction). Fíkn er langvinnur, taugalífeðlisfræðilegur sjúkdómur sem verður fyrir áhrifum frá erfðum, umhverfi og sálfélagslegum þáttum (Mehta og Langford, 2006). Fíkn breytir taugalífeðlisfræði einstaklinga og einnig hegðun þeirra sem einkennist af neyslu efna þrátt fyrir augljósar sálfræðilegar, líkamlegar og félagslegar hættur. Einstaklingar með fíkn þjást oft vegna ófullnægjandi verkjastillingar, þeir geta fengið fráhrarfseinkenni, verða fyrir fordómum og eru gjarnan stimplaðir af samfélaginu (Huxtable o.fl., 2011).

Samkvæmt skilgreiningu Joint Consensus Statement of the American Academy of Pain Medicine, American Pain Society og American Society of Addiction Medicine sýna þeir sem eru með fíkn í lyf eitt eða fleiri einkenni af eftirfarandi einkennum; þeir hafa mikla löngun í lyf, geta ekki stjórnað lyfjanotkun sinni, notkun lyfs er árátukennd og er haldið áfram þrátt fyrir að það valdi augljósum skaða (Mehta og Langford, 2006).

Erfðir skipta máli í myndun fíknar og upplifun verkja. Erfðafræðilegur munur getur verið í virkni ákveðins lifrarensíms sem kallast CYP (e. cytochrome P450) og getur þessi virkni haft áhrif á verkjastillingu og vellíðan við inntöku óþíata. Þeir sem hafa mikla CYP virkni fá minni verkjastillingu og vellíðan. Kenningar eru um að þessir einstaklingar séu í minni hættu á að þróa með sér fíkn. Einnig má nefna að þeir sem hafa erfðagalla í óþíatviðtökunum (e. polymorphisms) geta haft ólíka sársaukaupplifun og verkjaviðbrögð (Patel, 2013).

Þol (e. tolerance). Þeir sem hafa notað óþíöt þróa þol sem einkennist af minni áhrifum hvers skammts og þarf þá að auka skammtinn til þess að ná fyrri verkjastillingu eða vímu (Passik og Kirsh, 2004; Patel, 2013). Hægt að mynda þol bæði gegn verkjastillingu og aukaverkunum óþíata (Mehta og Langford, 2006).

Ávani (e. dependence). Líkamlegur ávani (e. physical dependence) er þegar líkaminn fer í fráhvörf ef notkun lyfs er skyndilega hætt (Patel, 2013), ef skammtur er minnkaður hratt eða ef gefnir eru antagonistar ákveðins lyfs (Mehta og Langford, 2006). Antagonisti er efni sem hefur öfug áhrif við lyfið og kemur í veg fyrir verkun þess (MedicineNet, 2012a). Andlegur ávani (e. psychological dependence) er hegðun sem einkennist af áráttuleit í lyf (Laroche o.fl., 2012). Þeir sem eru með líkamlegan eða andlegan ávana í óþíöt eru háðir þeim, þ.e. ávani og hæði hefur sömu merkingu.

Ávani verður til vegna þess að taugaboðefni aðlagast breytingum í líkamanum við endurtekna notkun lyfja (Mehta og Langford, 2006). Ávana er oft ruglað saman við fíkn (Patel, 2013) og þótt ávani og fíkn séu lík fyrirbæri er ekki þar með sagt að þeir sem hafi ávana hafi einnig fíkn (Mehta og Langford, 2006).

Algennt er að óþíatháðir einstaklingar séu háðir fleiri en einu efni en talið er að þeir séu í sjöfalt meiri hættu á að verða háðir öðrum efnum en óþíötum (Stromer, Michaeli og Sandner-Kiesling, 2013).

Breytingar miðtaugakerfis. Stöðug notkun óþíata veldur aðlögun fruma og taugamóta sem síðan veldur þoli og ávana (Mehta og Langford, 2006) og getur þessi breyting útskýrt breytt sársaukanæmi óþíatháðra einstaklinga. Breytingin í miðtaugakerfinu verður á örvandi taugaboðefnum (glutamate), letjandi taugaboðefnum (gamma-aminobutyric acid, GABA) og hringlaga adenosine monophosphate (cAMP). Þegar óþíöt eru notuð reglubundið bindast þau við óþíatviðtaka sem eru cAMP háðir (Laroche o.fl., 2012). G-prótein tengist óþíatviðtökum en það stjórnar einnig mörgum öðrum boðleiðum og tengingum. Þol myndast

Þegar óþíatviðtökum fækkar á frumuhimnunum og næmi viðtakanna minnkar (e. down-regulation) (Mehta og Langford, 2006). Í tilraun þar sem rottum var gefið morfín í langan tíma sáust breytingar í taugafrumum. Þær fólu í sér áhrif glutaminergic kerfis á N-methyl-D-aspartic sýru (NMDA) viðtaka (Laroche o.fl., 2012). NMDA-viðtakar eru einnig taldir eiga þátt í þolmyndun gegn óþíötum og í myndun fíknar (Patel, 2013).

Verðlaunakerfi heilans (e. limbic system) sem staðsett er í heilastúku á þátt í að mynda ávana. Það er samsett af ákveðnum svæðum í framheila en þar breytast taugaboðefni ef einstaklingur misnotar lyf. Þegar lyf eru tekin í lotum eru vellíðunar taugaboðefni virkjuð í framheila (Patel, 2013) og það veldur vímu. Tilfinningakerfi heilans og sársaukakerfi eru nátengd í gegnum verðlaunakerfið og það útskýrir aukna verki samfara streitu og kvíða (Stromer o.fl., 2013).

Fráhvörf. Í fráhvörfum er vöntun á sömu taugaboðefnum og áður voru nefnd, glutamate og GABA, auk þess sem streitukerfi líkamans eru í óreglu. Allt veldur þetta neikvæðu tilfinningalegu ástandi. Hjá þeim sem eru í stöðugri neyslu verður breyting á verðlauna- og streitukerfi heilans og einstaklingar verða viðkvæmari fyrir því að þróa með sér fíkn. Það er vegna þess að núllpunktur kerfanna brenglast og líkaminn kallar smám saman á meira af lyfinu (Patel, 2013).

Þegar dregur úr notkun efnis eru NMDA-viðtakarnir ekki lengur jafn virkir og áður og þá eykst næmi fyrir sársauka (Stromer o.fl., 2013) en þeir einstaklingar sem hafa þetta aukna sársaukanæmi eru líklegri til að þróa alvarlega fíkn (Patel, 2013).

Faraldsfræði fíknar og ávana

Einstaklingar geta orðið háðir óþíötum vegna langvarandi verkjameðferðar eða vegna misnotkunar lyfja. Af þeim einstaklingum sem þjást af langvarandi verkjum í Bretlandi eru 3-16% með fíknigreiningu (Mehta og Langford, 2006). Í Bandaríkjunum berjast 6-15% íbúa við fíkn af einhverju tagi (Passik og Kirsh, 2004). Á Bretlandi misnota 1,1% íbúa óþíöt og í þeim

hópi eru fleiri karlar en konur. Áætlað var að fjöldinn þar væri u.þ.b. 202.000 árið 2006 (Mehta og Langford, 2006). Í Austurríki þjást u.þ.b. 30.000 manns eða 0,4% landsmanna af óþíatfíkn og sífellt fjölgar þeim sem nota óþíöt vegna sjúkdóma eða annars konar illkynja ástands (Stromer o.fl., 2013).

Á Íslandi er talið að árið 2003 hafi 24.000 manns eða 8,3% landsmanna fengið lyfseðil fyrir óþíötum og árið 2008 hafi 29.000 fengið slíka lyfseðla en það eru um 9,3% landsmanna (Magnús Ólason, 2009). Árið 2000 var fjöldi útgefna óþíatlyfseðla í Bandaríkjunum 174 milljónir og níu árum síðar hafði fjöldinn farið í 257 milljónir sem er aukning um 36% á íbúa ef tekið er mið af fólksfjölgun á þessu tímabili (Katz o.fl., 2013). Sömu sögu má segja í Ástralíu en þar hefur útgefnum lyfseðlum fyrir óþíöt fjölgað mikið. Árið 1992 voru 2,4 milljónir lyfseðlar gefnir út, að undanskyldum lyfseðlum fyrir meþadón og buprenorphin, þegar fólksfjöldinn var 17,5 milljónir. Fimmtán árum síðar eða árið 2007 var íbúafjöldinn kominn í 21 milljón og voru 7 milljónir lyfseðla útgefna það ár og jafnvel er talið að þeir hafi verið fleiri. Þetta er aukning upp á u.þ.b. 191% á þessu fimmtán ára tímabili á meðan íbúum landsins fjölgaði um 20%. Í Ástralíu þrefaldaðist fjöldi þeirra sem þurftu á meðferð að halda vegna of stórs skammts óþíata annarra en heróíns og meþadóns milli árana 1999 til 2007 (Huxtable o.fl., 2011).

Þó að flestir noti óþíöt á viðeigandi hátt fer þeim þó sífellt fjölgandi sem fara ekki eftir lyfjafyrirmælum. Áætlað er að 2,2-2,4 milljónir einstaklinga í Bandaríkjunum noti árlega óþíöt í öðrum tilgangi en læknisfræðilegum (Katz o.fl., 2013). Á árunum 2004-2009 fjölgaði heimsóknnum á bráðamóttökum í Bandaríkjunum vegna alvarlegra fylgikvilla eða aukaverkana af misnotkun lyfseðilsskyldra óþíata um næstum 90%. Þau efni sem helst ollu þessari fjölgun heimsókna voru annars vegar oxycodone (Huxtable o.fl., 2011) en OxyContin, Oxycodon ratiopharma og OxyNorm eru helstu samheitalyf þess á Íslandi (Sérlyfjaskrá, e.d.) og hins vegar hydrocodone sem er morfínskylt lyf sem ekki er til á Íslandi. Á sama tíma fækkaði

heimsóknum sem tengdust kókaíni, marijúana og heróíni (Huxtable o.fl., 2011). Misnotkun lyfseðilsskyldra ópíata var ástæða 1,2 milljóna heimsókna á bráðamóttökum í Bandaríkjunum, samanborið við 1,0 milljón heimsókna vegna ólöglegra lyfja eins og heróíns og kókaíns.

Árið 2010 létust 38.329 Bandaríkjamenn vegna of stórs skammts (e. overdose) lyfseðilsskyldra lyfja og er þetta sívaxandi vandamál þar í landi (Liu o.fl., 2013). Eftir því sem skrifað er upp á stærri skammta á lyfseðlum aukast líkur á dauðsföllum (Huxtable o.fl., 2011) og það sama gerist með aukinni sölu ópíata eins og fram kom í afturskyggnri rannsókn Paulozzi og Ryan (2006) þar sem skoðuð voru tengsl á milli sölu lyfseðilsskyldra ópíata og dánartíðni af völdum þeirra. Ópíöt ein og sér eða með benzodíazepín eða öðrum sambærilegum lyfjum ollu um helmingi dauðsfalla vegna of stórs skammts. Meira en 75% heimsókna á bráðamóttökum vegna of stórs skammts voru tilkomnar vegna lyfseðilsskyldra lyfja árið 2009 (Liu o.fl., 2013). Benzodíazepín lyf eru geðlyf sem eru notuð sem svefnlyf og róandi lyf. Frá árinu 1980 hafa þau verið algengustu geðlyfin á Íslandi og í nágrennalöndum en þau auka áhrif ópíata (Landlæknir, 2013). Í Bandaríkjunum er misnotkun lyfseðilsskyldra ópíata meiri en margra „götuefna“ eins og kókaíns eða heróíns. Frá árinu 2002 hafa of stórir skammtar af lyfseðilsskyldum ópíötum verið fleiri en götuefna og þau valdið fleiri dauðsföllum en umferðarslys þar í landi (Katz o.fl., 2013).

Þeir sem eru háðir ópíötum eða selja þau í Bandaríkjunum útvega sér oft lyfin hjá einstaklingum sem hafa fengið þau eftir löglegum leiðum. Mikill kostnaður liggur í þessari misnotkun til viðbótar þeim mikla kostnaði sem fylgir þeirri aðstoð sem heilbrigðiskerfið óhjákvæmilega þarf að veita þeim sem fá meðferð vegna misnotkunar ópíata. Kostnaður við lyfseðilsskyld lyf er talinn 10% af heilbrigðiskostnaði í Bandaríkjunum og hefur aukist á síðustu árum en frá árinu 1990 hefur kostnaður vegna þeirra aukist úr 40 milljörðum Bandaríkjadala á ári í 217 milljarða árið 2006. Það er tæplega 450% hækkun á þessum 16

árum. Fjöldi lyfseðla fyrir óþíötum jókst um 200% frá árinu 1992 til ársins 2002 (Katz o.fl., 2013).

Fylgikvillar fíknar

Nokkrir áhættuþættir hafa verið skilgreindir sem viðvörunarmerki um fíkn hjá verkjasjúklingum. Þeir eru meðal annars ef einstaklingar þurfa sjálfir að sjá um lyfjagjafir, ef saga er um átröskun, misnotkun eða fíkn í efni eins og áfengi, tóbak, lyf eða marjúána. Einnig ef einstaklingar þjást af geðsjúkdómum, hafa óstöðugt félagslegt og fjárhagslegt umhverfi og eru á aldrinum 13-19 ára (Laroche o.fl., 2012). Einstaklingar með fíknivandamál og geðsjúkdóma eru líklegri til þess að taka óþíöt í stærri skömmtum og í lengri tíma en ráðlagt er þrátt fyrir viðvaranir þegar skrifað er upp á lyfin. Þeir sem misnota þessi lyf eiga oft erfitt með tilfinningastjórnun (Patel, 2013). Meðferðin verður enn flóknari ef einstaklingar misnotar áfengi samhliða óþíötum (Passik og Kirsh, 2004).

Mikilvægt er að meta áhættu einstaklinga á því að misnota óþíöt (Patel, 2013). Þegar það er gert er oft horft á það hvort notuð er fleiri en ein tegund óþíata í einu, hvort verið er að nota bæði óþíöt og benzodíazepín á sama tíma, hvort verið er að taka langverkandi eða stuttverkandi óþíöt við bráðaverkjum, hversu stórir dagskammtar eru og hvort skammtarnir fari stækkandi með tímanum (Liu o.fl., 2013).

Samkvæmt Weiner og félögum (2013) teljast þeir einstaklingar lyfjaleitandi (e. drug seeking) sem hafa fengið fjóra eða fleiri lyfseðla á ári frá fjórum eða fleiri læknum eða öðrum sem geta skrifað upp á lyf. Í framskyggðri fylgnirannsókn sem gerð var á tveimur bráðamóttökum í úthverfi Massachusetts í Bandaríkjunum á árunum 2011-2013, þar sem úrtakið voru þeir sem leituðu aðstoðar vegna verkja, voru 23,3% sem taldir voru lyfjaleitandi (Weiner o.fl., 2013). Þessi hegðun getur verið flókin og valdið erfiðleikum í bráðatilfellum. Til þess að meta hvort einstaklingar sýni þessa hegðun þarf að nota dómgreind og klínísku reynslu, meta ástæður verkja, takast á við eigin fordóma gagnvart einstaklingum og fylgja

vinnureglum viðkomandi stofnunar (Huxtable o.fl., 2011). Erfitt getur reynst fyrir heilbrigðisstarfsfólk að meta hvort einstaklingar sýni lyfjaleitandi hegðun eða hvort þeir sækjast eftir verkjastillandi áhrifum (Alford, Compton og Samet, 2006). Það sem heilbrigðisstarfsfólk getur horft eftir í fari einstaklinga sem sýna lyfjaleitandi hegðun er að þeir leita oft til heilbrigðiskerfisins með sama vandamálið, einblína einungis á lyf sem lausnir og eru endurtekið að „týna“ lyfseðlum sínum. Þeir leita til margra mismunandi aðila til þess að fá lyf, þeir segjast oft ekki þola nein önnur lyf en það sem þeir biðja um og hafa mikla löngun í ákveðið lyf. Þeir leita oft til heilbrigðiskerfisins með vandamál sem ætti að vera auðvelt að meðhöndla en erfitt er að útiloka með hlutlægum greiningarprófum. Sem dæmi um þessa kvilla má nefna höfuðverk, tannþínu, kviðverk og ýmsa aðra verki (Vukmir, 2004). Þessir einstaklingar taka inn meira magn af lyfjum en fyrirmæli lækna segja til um og nota reglulega ólögleg lyf sem hægt er að mæla í þvagprufum þeirra. Þeir taka gjarnan inn lyf annarra, t.d. maka, ef þeirra eigin lyf klárast og taka þau á annan hátt en leiðbeiningar segja til um, t.d. í nef eða í æð. Þeir taka lyf í öðrum tilgangi en ætlast er til, eins og til meðhöndlunar svefntruflana, stress eða kvíða (Patel, 2013).

Heilbrigðisstarfsfólk þarf að vera vakandi ef grunur vaknar um lyfjaleitandi hegðun en taka þarf tillit til aðstæðna og persónulegra þátta. Einstaklingar með þessa hegðun eru oft kvíðnir og það þyrmir yfir þá, þeir finna alls staðar til, eru reiðir og virðast í tilfinningalegu ójafnvægi (Vukmir, 2004).

Óþíöt

Ólögleg óþíöt. Heróín er helsta ólöglega óþíatið sem þekkt er og styrkur þess er helmingi meiri en morfíns (Laroche o.fl., 2012). Það er tilbúið óþíat sem búið er til úr morfíni en hægt er að reykja það, sjúga í nös eða gefa í æð en sé það gefið í æð veitir það mest áhrif innan mínútu frá inntöku. Heróín er fituleysanlegt og fer 68% þess sem gefið er í æð yfir blóðheilapröskuldinn (e. blood brain barrier) samanborið við 5% ef morfín er gefið í æð. Þess

vegna hefur lyfið skjót áhrif á heilann og áhrifin verða mikil (Stromer o.fl., 2013). Notkun þess getur haft mjög alvarlegar afleiðingar og leitt til dauða ef tekinn er of stór skammtur. Einnig geta slæmar sýkingar komið upp við notkun þess í æð (Laroche o.fl., 2012). Vegna þessara skjótu áhrifa er mikil hættu á því að einstaklingar verði fljótt háðir heróíni og þess vegna er mikil eftirspurn eftir því. Hreinleiki heróíns á götunni er mismikill, allt frá því að vera 5% upp í 90% og því geta einstaklingar þurft að sprauta sig oft á dag ef hreinleikinn er lítill (Stromer o.fl., 2013).

Upphaflega var óþíatfíkn mestmegnis tengd heróíni en misnotkun lyfseðilsskyldra lyfja fer stöðugt vaxandi (Laroche o.fl., 2012) og frá árinu 2006 er almennt algengara í vestrænum heimi að einstaklingar sprauti sig í æð með lyfseðilsskyldum óþíötum frekar en heróíni. Í þeim löndum sem eru landfræðilega einangruð er erfiðara fyrir einstaklinga að eiga aðgang að heróíni (Huxtable o.fl., 2011). Árið 2009 var misnotkun lyfseðilsskyldra óþíata í Bandaríkjunum 20 sinnum meiri en heróínotkun og næstum 50% fleiri leituðu aðstoðar vegna þeirra frekar en heróíns (Mark, Dilonardo, Vandivort og Miller, 2013). Heróínfíklar blanda oft saman lyfjum, nota örvandi efni og önnur óþíöt ásamt efnum sem auka vímu heróíns eða draga úr löngun í það. Mörg lyfseðilsskyld lyf eru misnotuð af heróínfíklum eins og t.d. Parkinsonlyf, þunglyndislyf og deyfilyf (Laroche o.fl., 2012).

Erfitt getur verið að verkjastilla einstaklinga sem nota óþíöt sem eru framleidd ólöglega. Erfitt er að finna út hve stór skammtur af óþíati er í því lyfi sem einstaklingar hafa tekið og því verða neytendur að vera hreinskilnir um hvaða tegundir lyfja þeir nota og í hvaða magni (Mehta og Langford, 2006).

Lögleg óþíöt. Þegar óþíöt eru misnotuð er oftast um að ræða lögleg óþíöt sem fást með lyfseðli (Huxtable o.fl., 2011) eins og kódein, fentanyl töflur og sprej, hydromorphone, ópíum, oxycodon og tramadol sem eru öll stuttverkandi. Dæmi um langverkandi óþíöt eru fentanyl plástrar og meþadón. Styrkleiki lyfjanna er mismikill en þau lyf sem eru langverkandi

eru oft aðeins sterkari, þ.e.a.s. ef mæld eru milligrömm af ópíati í millilítra (Liu o.fl., 2013). Árið 2009 var fólksfjöldi Bandaríkjanna 5,1% af íbúum jarðar en morfínnotkun þar var 56% af allri notkun jarðarbúa og 81% af heildarnotkun heimsbyggðarinnar af oxycodon (Huxtable o.fl., 2011). Þetta eru sláandi tölur sem gefa mynd af því hversu stórt vandamál þetta er í Bandaríkjunum.

Árið 2009 voru gögn úr bandaríska gagnasafninu Truven Health MarketScan Commercial Claims and Encounters rannsökuð þar sem upplýsingar um 50 milljón einstaklinga frá öllum 50 ríkjum Bandaríkjanna voru skoðaðar. Það ár voru gefnir út 13.097.589 lyfseðlar í Bandaríkjunum fyrir ópíötum til 17,8 milljóna manna á aldrinum 18-64 ára. Undanskildir voru þeir einstaklingar sem voru með krabbamein og fengu ópíöt vegna slíkra verkja og einnig var buprenorphin undanskilið í þessari könnun. Meðalaldur þeirra sem fengu þessa lyfseðla var 43 ár hjá konum og 45 ár hjá körlum. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða og finna vísbendingar og merki sem bentu til misnotkunar lyfja og að finna ef lyfseðlar ættu ekki rétt á sér. Niðurstöðurnar sýndu að konur og karlar fá ávísað sambærilegu magni ópíata. Rúmur helmingur fékk lyfseðil fyrir eitt ópíat, tæpur þriðjungur fékk lyfseðil fyrir þrjú eða fleiri ópíöt, 2,3% fengu lyfseðla fyrir 20 eða fleiri ópíöt og 0,1% fyrir 50 eða fleiri. Flestir fengu skammta sem entust skemur en 30 daga en 12% fengu skammta sem entust í 90 daga. Fleiri konur en karlar fengu lyfseðla fyrir bæði ópíöt og benzodíazepín en það er vísbending um auknar líkur á misnotkun eins og áður hefur verið nefnt. Einnig voru fleiri konur en karlar líklegri til að taka stóra dagskammta af ópíötum. Næstum fjórðungur þeirra sem fékk lyfseðla fyrir ópíötum sýndu að minnsta kosti eitt merki þess að eiga það á hættu að misnota lyfið. Algengasta einkenni misnotkunar var að einstaklingar væru að taka stóra dagskammta (Liu o.fl., 2013).

Viðhaldsmeðferð

Frá árinu 1989 var farið að gefa sprautunálar í Frakklandi sem skaðaminnkandi meðferð fyrir ópíatfíkla og frá árinu 1996 var boðið upp á viðhaldsmeðferð fyrir ópíatfíkla (Laroche o.fl., 2012). Þegar talað er um viðhaldsmeðferð er átt við það þegar morfíni eða öðrum ópíötum er skipt út fyrir meþadón eða buprenorphin (Huxtable o.fl., 2011; Laroche o.fl., 2012) en þau eru bæði ópíatviðtaka-agonistar (Laroche o.fl., 2012). Agonisti er efni sem hefur sömu virkni og annað efni og virkjar þannig sama lífeðlisfræðilega ferlið í líkamanum (MedicineNet, 2012b). Viðhaldsmeðferð dregur úr notkun ólöglegra efna, lækkar dánartíðni og dregur úr skaðlegum einkennum sem fylgja fíknisjúkdómi (Laroche o.fl., 2012). Hún dregur einnig úr glæpatíðni og eykur sjálfstæði einstaklinga (Alford o.fl., 2006). Notkun meþadóns og buprenorphins er áhrifarík leið til þess að meðhöndla ópíatfíkn en þörf er á frekari rannsóknum til þess að finna leiðir til að draga úr notkun og meðhöndla ópíatfíkla með langvarandi verki (Katz o.fl., 2013). Á Íslandi eru u.þ.b. 100 einstaklingar í ævilangri meðferð vegna ópíatfíknar og fá þeir vikulega lyfjagjöf á Sjúkrahúsinu Vogu, en SÁÁ hefur rekið þessa meðferð frá árinu 1999 (Þórarinn Tyrfingsson, 2014).

Árangur meðferðar snýst ekki eingöngu um að vera laus við misnotkun efnanna heldur einnig um almenna heilsu og velferð sem er oft mæld í lífsgæðum einstaklinga til dæmis að einstaklingar geti starfað í því samfélagi sem þeir tilheyra og upplifi sjálfa sig heilbrigða (Bohnert o.fl., 2013; Pud, Zlotnick og Lawental, 2012).

Meþadón. Meþadón er það lyf sem helst hefur verið notað í viðhaldsmeðferð ópíatfíkla síðustu 30 ár (Mark o.fl., 2013). Meþadón er tilbúinn, hreinn ópíatagonisti og NMDA-antagonisti (Laroche o.fl., 2012; Passik og Kirsh, 2004; Stromer o.fl., 2013) með hæga verkun og langan helmingunartíma svo hægt er að taka það einu sinni á dag (Laroche o.fl., 2012; Passik og Kirsh, 2004). Ef fráhrarfseinkenni koma fram er hægt að taka það tvisvar á dag (Stromer o.fl., 2013).

Einstaklingar í meþadónviðhaldsmeðferð eru með langvarandi verki í 37-61% tilfella miðað við 19% þeirra sem hafa ekki sögu um ópríatnotkun. Verkir geta komið til vegna lífsstíls ópríatfíkla, áverka eða ofbeldis. Í þessum hópi er einnig hátt hlutfall geðsjúkdóma svo sem þunglyndi og svefnvandamál (Pud o.fl., 2012).

Sumir halda því fram að skammtur af meþadóni virki sem verkjastilling en skiptar skoðanir eru á því. Einstaklingar á meþadónviðhaldsmeðferð hafa myndað þol gagnvart viðhaldsskammti sínum sem veldur þar af leiðandi lítilli sem engri verkjastillingu. Af þessum orsökum þarf að finna aðrar leiðir til að stilla af verki þessa hóps (Passik og Kirsh, 2004).

Þegar reikna á viðeigandi meþadónskammt eftir jafngildistöflu (e. equi-analgesic dosage) er miðað við það ópríatmagn sem áður var notað og á aðeins að gefa helming til tvo þriðju af þeirri skammtastærð, annars er hætt við eitrun. Jafngildistafla er til þess gerð að finna út samsvarandi skammt mismunandi ópríata eða ef skipt er um inntökuleið, t.d. þegar hætt er að gefa í æð og gefið um munn í staðinn (Mehta og Langford, 2006).

Tafla 1

Jafngildisskammtar ópríata

Jafngildisskammtur verkjalyfja (mg)

Lyf	Sprautuform	Um munn
Morfín	10	30
Buprenorphin	0.3	0.4 (sl)
Kódein	100	200
Fentanyl	0.1	Ekki til
Hydrocodon	Ekki til	30
Hydromorfín	1.5	7.5
Meperidine	100	300
Oxycodon	10*	20
Oxymorfín	1	10
Tramadol	100*	120

* Ekki fáanlegt í Bandaríkjunum.
(McPherson, 2010).

Buprenorphin. Árið 2010 var buprenorphin mest notaða lyfið gegn óþíatfíkn í Bandaríkjunum með 5,6 milljón útgefinna lyfseðla (Mark o.fl., 2013). Buprenorphin er ekki hreinn óþíatagonisti og getur reynst erfitt að nota til verkjastillingar (Laroche o.fl., 2012). Það er oftast gefið einu sinni á dag en í sumum tilfellum oftar (Huxtable o.fl., 2011). Naloxon er lyf sem er notað til að draga úr áhrifum þegar einstaklingar hafa tekið of stóran skammt af óþíati og er óþíatantagonisti (Sérlyfjaskrá, 2014a). Sú aðferð að gefa buprenorphin á sama tíma og naloxon er algengari nú en árið 2002 (Laroche o.fl., 2012).

Einstaklingar sem eru á buprenorphinmeðferð glíma oft við ýmiss konar heilsufarsvandamál. Þeir þjást gjarnan af bakverkjum, verkjum í liðum, taugakerfisvanda, kviðverkjum og sýkingum í efri loftvegum. Þeir toga frekar og fá oftar höfuðverk en aðrir. Stór hluti þeirra fær benzodíazepín, vöðvaslakandi lyf og bólgueyðandi gigtarlyf. Allt að helmingur þeirra sem notar buprenorphin er greindur með lyndisröskun og þeir eru fjórum sinnum líklegri til þess að þjást af kvíðaröskun og veldur það oft aukinni notkun þunglyndis- og geðrofslyfja hjá þessum einstaklingum (Mark o.fl., 2013).

Markmið meðferðarinnar er að hægt sé að meðhöndla verki hjá óþíatfíklum þannig að þeir geti orðið virkir í samfélaginu á ný. Það er engin ein aðferð sem hentar öllum þar sem hópurinn er margbreytilegur (Huxtable o.fl., 2011). Gerð var rannsókn af Ruetsch, Tkacz, McPherson og Cacciola (2012) þar sem einstaklingar sem voru nýbyrjaðir á buprenorphinmeðferð fengu stuðning með símtölum og gaf þessi aðferð góða raun. Í símtölunum var talað um mikilvægi meðferðarheldni, samband sjúklings og læknis og afleiðingar fíknihæðunar. Talað var um breytingar á viðhorfi einstaklinga til fíknar sinnar, hegðun þeirra var rædd og þeir hvattir til þess að taka virkan þátt í meðferð sinni. Þeir sem fengu þrjú símtöl eða fleiri á 12 mánaða tímabili sýndu meiri meðferðarheldni en samanburðarhópur sem fékk aðeins hefðbundna buprenorphinmeðferð. Eftir því sem símtölin voru fleiri jókst meðferðarheldnin og þeir sem hringt var í voru ólíklegri til þess að falla og

fara aftur í notkun óþíata eftir 12 mánuði en viðmiðunarhópur rannsóknarinnar. Þeir voru einnig líklegri til þess að mæta í 12 spora sjálfshjálparhópa, sækja sér ráðgjöf og voru ólíklegri til þess að leita sér aðstoðar á sjúkrahúsum. Taka þarf þó tillit til þess að margir sem byrjuðu í rannsókninni hættu þátttöku og getur það hafa skekkt niðurstöðurnar að einhverju leyti.

Verkir óþíatháðra einstaklinga

Lífeðlisfræði. Verkjastilling sem óþíöt veita til styttri tíma geta valdið seinni tíma áhrifum en það fer eftir skammtastærð og örvandi taugaboðefnum NMDA-viðtaka. Eftir einhvern tíma munu einstaklingar sem fá reglulega óþíöt verða næmari fyrir verkjum (e. hyperalgesia) (Laroche o.fl., 2012), eins er vel þekkt að við langvarandi notkun antagonista, eins og naloxon, verður aukning á óþíatviðtökum (e. up-regulation). Vegna þessarar fjölgunar á viðtökum verða einstaklingar ofurnæmur fyrir agonistum og áhrif óþíata þá meiri en áður (Unterwald og Howells, 2009). Eins og í fíkn eiga taugaboðefni þátt í myndun verkja. Hvetjandi taugaboðefni (glutamate) og letjandi taugaboðefni (GABA) hafa áhrif á fíkn og skipta máli í flutningi verkjaboða og sömu óþíatviðtakar skipta máli í óþíatfíkn og við verkjastillingu (Patel, 2013).

Þótt notkun óþíata í skamman tíma hafi verkjastillandi áhrif getur langvarandi notkun þeirra lækkað sársaukaþröskuld (Pud o.fl., 2012). Endurtekin notkun óþíata veldur auknu næmi fyrir sársauka með minnkuðum viðbrögðum við verkjastillingu vegna fækkunar á óþíatviðtökum á frumuhimnu, sem kallast down-regulation eins og lýst var hér að ofan (Laroche o.fl., 2012). Fíkn og hyperalgesía myndast fljótt hjá óþíatháðum einstaklingum (Compton o.fl., 2012; Huxtable o.fl., 2011). Einstaklingar geta einnig orðið næmari fyrir verkjum í fráhvörfum eða ef of stór skammtur er tekinn (Patel, 2013). Óþíöt veita skjóta og mikla verkjastillingu en setja einnig í gang ákveðin mótverkandi áhrif gegn verkjastillingunni sem sjást bæði við notkun lyfjanna en einnig í fráhvörfum frá þeim (Compton o.fl., 2012).

Hyperalgesía verður vegna langvarandi óþíatnotkunar og getur valda vaxandi kvíða og þá getur myndast vítahringur sem erfitt er að rjúfa (McCreaddie o.fl., 2010).

Í rannsókn Pud o.fl. (2006) sem gerð var í Ísrael á virkum og óvirkum óþíatneytendum var borin saman verkjaupplifun þeirra sem neyttu óþíata við upplifun einstaklinga sem höfðu ekki sögu um misnotkun efna. Til að rannsaka verkjaupplifun var notast við Cold Pressor Test (CPT). Í grófum dráttum gengur CPT út á það að þátttakendur stinga hendi niður í kalt vatn og tekinn er tími á hversu lengi þeir geta haldið henni þar. Þátttakendur sögðu til um það hvenær þeir fóru að finna fyrir sársauka og þegar hendir var tekin upp úr vatninu var sársaukinn metinn á skalanum 0-100 þar sem 0 er enginn verkur og 100 versti verkur sem hægt er að ímynda sér. Niðurstöðurnar voru þær að það tók óþíatneytendurna lengri tíma að finna fyrir sársauka en þol fyrir sársauka var minna, þ.e.a.s. sársauki óþíatneytenda kom seinna en þeir þoldu við í mun styttri tíma í vatninu og mátu verkina verri. Sársaukanæmi var rannsakað hjá einstaklingum sem hætt höfðu notkun óþíata mánuði fyrir rannsóknina og kom þá í ljós að ekki hafði dregið úr næmi þeirra fyrir sársauka á þeim tíma og sýnir það að þessi breytta sársaukaskynjun gengur ekki til baka á skömmum tíma, a.m.k. ekki á mánuði. Í annarri sambærilegri rannsókn sem Compton o.fl. (2012) gerðu á sársaukanæmi óþíatháðra einstaklinga í Kalíorníu í Bandaríkjunum kom í ljós að heróínháðir einstaklingar gátu haft hendina helmingi styttri tíma ofan í köldu vatni en viðmiðunarhópur.

Faraldsfræði verkja óþíatháðra einstaklinga. Verkir eru algengasta ástæða þess að einstaklingar leita sér aðstoðar á bráðamóttökum í Bandaríkjunum (Hoppe, Perrone og Nelson, 2013) og að lyfjaháðir einstaklingar leiti sér aðstoðar hjá læknum eða leggist inn á sjúkrahús (Laroche o.fl., 2012; Passik og Kirsh, 2004; Patel, 2013). Þangað leita einnig einstaklingar sem sækjast eftir að fá og misnota lyfseðilsskyld óþíöt. Langstærsti hluti þeirra sem leita á bráðamóttöku hefur ekki sögu um misnotkun óþíata en þó hafa margir þeirra fengið útgefna lyfseðla fyrir þeim áður (Hoppe o.fl., 2013).

Það getur reynst erfitt að meta það hve algengir verkir eru hjá óþíatháðum einstaklingum en verkir vegna sýkinga og áverka eru þó algengir. Talið er að langvarandi verkir geti verið til staðar hjá um það bil þriðjungi óþíatháðra einstaklinga (Laroche o.fl., 2012).

Verkir geta komið til af mörgum mismunandi ástæðum, t.d. áverkar í bráðaaðstæðum, vegna lyfjagjafa í æð sem valda sýkingu, fyrir og eftir aðgerðir, langvarandi verkir vegna sjúkdóma og aðrir óútskýrðir verkir (Laroche o.fl., 2012). Þverfagleg nálgun er nauðsynleg, (Laroche o.fl., 2012; Passik og Kirsh 2004; Patel, 2013) sérstaklega í ljósi þess að þeir sem eru með verki eru oft háðir fleiri efnum, t.d. áfengi (Laroche o.fl., 2012). Sérfræðingar í geðsjúkdómum ásamt sérfræðingum í meðferð lyfjaháðra einstaklinga hafa mikið um það að segja hvaða meðferð hentar hverjum og einum best og æskilegt er að þeir vinni í nánú samstarfi við verkjasérfræðinga (Passik og Kirsh, 2004).

Óþíatháðir einstaklingar sem glíma við mikla verki þjást oft af þunglyndi og eiga oftár við svefnvandamál að stríða en aðrir. Lífsgæði minnka með auknum verkjum og þeir hafa áhrif á andlega og líkamlega líðan og eru konur líklegri til þess að vera í þessum sporum. Þeir sem finna fyrir þessum einkennum eru ólíklegri til þess að taka fullan þátt í endurhæfingu og að sinna félagslegum hlutverkum. Þeir eru einnig líklegri til þess að falla aftur í sama farið og fara aftur að nota ópíöt (Pud o.fl., 2012).

Flestir sem fá lyfseðla fyrir ópíötum fá þau vegna verkja, sumir misnota þau til þess að komast í vímu og aðrir nota þau til þess að græða á þeim vegna endursöluvirðis þeirra (Katz o.fl., 2013). Fæstir sem misnota ópíöt gera það til þess að losna undan verkjum á meðan þriðjungur misnotar þau til þess að fá verkjastillingu en fyrri hópurinn er líklegri til að vera í harðari neyslu (Bohnert o.fl., 2013). Útgefnið lyfseðlar eru oftast notaðir af þeim einstaklingum sem þeir tilheyra en þeim er stundum dreift til fjölskyldu, vina eða þeir seldir á götunni. Einnig er sá möguleiki fyrir hendi að lækna, sérfræðingar í hjúkrun (e. nurse

practitioners), lyfjafræðingar eða aðrir sem hafa leyfi til að skrifa upp á lyf stundi ólögleg viðskipti með lyfseðlana. Í Bandaríkjunum fara sumir til margra lækna til að fá lyfseðla og lækarnir vita ekki hver af öðrum. Einstaklingarnir fara í mörg apótek og það er erfitt að fylgjast með þar sem enginn sameiginlegur gagnagrunnur er til fyrir landið í heild þó verið sé að vinna í því að bæta eftirlitið (Katz o.fl., 2013). Stofnanir sem sjá um eftirlit með lyfseðilsskyldum lyfjum hafa reynst vel til þess að auka öryggi sjúklinga og samfélagsins. Í Bandaríkjunum eru mörg mismunandi eftirlitskerfi í gangi en flest þeirra safna upplýsingum um lyf, skammtastærðir, hver skrifar upp á þau og afgreiðslur apótekanna. Tilgangurinn með þessu eftirliti er að styðja við löglega og viðurkennda notkun lyfseðilsskyldra lyfja og koma í veg fyrir misnotkun þeirra. Það fer eftir lögum í hverju ríki fyrir sig hvaða gögn eru aðgengileg fyrir eftirlitið en markmiðið er alltaf að auka öryggi sjúklinga, þ.e.a.s. að fylgjast með því að þeir fái rétta lyfseðla frá læknum. Opinber heilbrigðisembætti ættu að finna áhættuhópa og fylgjast með þeim, sérstakar stofnanir og eftirlit ættu að meta hættu á misnotkun og að lyfið sé öruggt til notkunar og löggæslan og lækna ráð (e. medical board) ættu að finna hverjir það eru sem gefa út ólöglega lyfseðla. Ef eftirlit sem þetta væri virkt byði það upp á einstakt tækifæri til þess að stýra útgáfu lyfseðla og koma mögulega í veg fyrir misnotkun lyfja. Aðrar aðgerðir eins og að skila inn lyfjaafgöngum og þeim lyfjum sem ekki þarf að nota, viðhaldsmeðferðir, fíknimeðferðir o.fl. miða allar að því að draga úr skaða vegna misnotkunar lyfja eftir að einstaklingar hafa lent í vandræðum (Hoppe o.fl., 2013). Á Íslandi eru lyfseðlar að mestu leyti á rafrænu formi sem veldur því að erfiðara er að misnota þá. Sífelld er unnið að umbótum á skráningarkerfi heilbrigðiskerfisins og það eykur öryggi enn frekar. Hægt er að skila inn lyfjaafgöngum til förgunar í apótek á Íslandi. Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ) hafa frá árinu 1999 boðið upp á viðhaldsmeðferð á Sjúkrahúsinu Vogu ásamt félagslegri og geðrænni endurhæfingu fyrir einstaklinga sem sprautu

sig í æð með heróíni eða morfíni (Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann, 2003).

Viðhorf starfsfólks

Flestir fíkniefnaneytendur vilja finna skilning og samúð frá hjúkrunarfræðingum sem sinna þeim. Þeir kjósa einnig að hjúkrunarfræðingar séu siðferðilega hæfir og vinni í samræmi við siðareglur stéttarinnar. Þrátt fyrir að fæstir fíkniefnaneytendur upplifi að hjúkrunarfræðingar dæmi þá vilja þeir samt sem áður fá að útskýra ástæður lífsstíls síns og réttlæta hann (McCreaddie o.fl., 2010). Starfsfólk sem annast fíkniefnaneytendur getur fundið fyrir reiði og þirringi hjá sér gagnvart sjúklingi sem er í neyslu og það getur ógnað árangri meðferðarinnar. Starfsmannafundir geta reynst hjálplegir til að setja markmið fyrir meðferðir einstaklinga og hjálpað til við meðferðarheldni og að samræma vinnu þverfaglegs teymis (Passik og Kirsh, 2004). Þeir eru einnig mikilvægir til þess að allt starfsfólk fylgi sömu vinnureglum. Góð samvinna milli heilbrigðisstarfsfólks sem annast einstakling er nauðsynleg svo hægt sé að veita þverfaglega þjónustu (Laroche o.fl., 2012).

Ranghugmyndir sem hindra verkjameðferð. Læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk hafa gjarnan eigin hugmyndir og fordóma sem tengjast verkjum og hegðun fíkla. Þeim getur fundist hegðunin uppspuni eða ýkt til þess að fá lyf (Laroche o.fl., 2012). Eiturlyfjanotendur fylgja ekki alltaf fyrirmælum, geta verið árásargjarnir og sýna sumir sjálfsskaðandi hegðun (McCreaddie o.fl., 2010) sem veldur heilbrigðisstarfsfólki oft áhyggjum (Laroche o.fl., 2012). Þeir sýna ekki alltaf þakklæti í garð þeirra sem annast þá og algengt er að fíklar útskrifi sig sjálfir af sjúkrahúsum. Þessir þættir geta ógnað sjálfsmynd hjúkrunarfræðinga og valdið því að þeir dæmi einstaklinga og það getur leitt til stirðari samskipta (McCreaddie o.fl., 2010). Sumt heilbrigðisstarfsfólk heldur að óþíatgjöf sé gagnslaus vegna þess að hún virki ekki fyrir lyfjaháða einstaklinga (Laroche o.fl., 2012).

Læknar fá oft litla eða enga þjálfun í verkjastillingu í námi sínu og geta því verið tregir að skrifa upp á óþíatlyfseðla. Þá geta komið upp tvö vandamál, annars vegar að gefinn sé of lítill skammtur sem veldur því að ekki dregur nægilega mikið úr verkjum og hins vegar að læknar séu ekki nægilega vel undir það búnir að fylgjast með og koma í veg fyrir alvarlegar aukaverkanir óþíata (Katz o.fl., 2013).

Í fræðilegri samantektargrein Alford o.fl. (2006), þar sem gagna var aflað með heimildaleit, var fjallað um verkjameðferð bráðaverkja hjá einstaklingum sem eru í viðhaldsmeðferð. Niðurstöður samantektarinnar lýsa fjórum þáttum sem taldir eru algengar ástæður þess að verkir eru ekki meðhöndlaðir rétt. Fyrsta ástæðan er sú að starfsfólk telur að viðhaldsskammturinn veiti nægjanlega verkjastillingu. Verkunartími óþíatagonista er 4-8 klukkustundir en í viðhaldsmeðferð fá einstaklingar skammta á 24-48 klukkustunda fresti. Sumir þessara einstaklinga hafa einnig myndað þol gegn óþíötum og fá því litla verkjastillingu af viðhaldsskammtinum. Einhverjir mynda krossþol fyrir mismunandi lyfjum innan óþíatflokksins og þurfa oft stærri skammta til að ná fram sömu verkjastillingu og þeir sem eru ekki í viðhaldsmeðferð. Með krossþoli er átt við þol sem myndast gegn lyfjum sem tilheyra sama flokki og hafa sömu taugalífeðlisfræðilegu áhrifin. Hyperalgesía af völdum óþíata getur líka leitt til þess að einstaklingar í viðhaldsmeðferð fá ekki nægjanlega verkjastillingu. Önnur ástæða þess að verkir eru ekki meðhöndlaðir rétt er sú að starfsfólk telur að notkun óþíata geti leitt til þess að einstaklingar verða aftur háðir efnum. Þriðja ástæðan er sú að starfsfólk telur að viðbótarskammtur af óþíötum geti valdið áhrifum á öndunar- og miðtaugakerfi en áhrif óþíata á þessi líffærakerfi koma fljótt í ljós. Fjórða og síðasta ástæðan er sú að starfsfólk telur að sjúklingar geti verið að sækjast eftir meiri lyfjum vegna fíknar sinnar.

Verkir eru alltaf mat einstaklingsins sjálfs og erfitt er fyrir aðra að meta þá. Mat sem er gert á vandvirkan hátt minnkar líkurnar á því að einstaklingar hafi áhrif á ákvarðanatöku

lækna og eykur einnig líkurnar á því að einstaklingar með sögu um fíkn fái viðeigandi verkjameðferð (Alford o.fl. 2006).

Aðrir þættir sem geta haft áhrif á það að einstaklingar fái ekki rétta meðhöndlun og meðferð er lítill stuðningur við starfsfólk og takmörkuð þekking á viðeigandi verkjastillingu. Í heilsugæslu er skortur á fjármagni stórt vandamál og starfsfólk getur ekki gefið þessu flókna verkefni þann tíma sem þarf (Katz o.fl., 2013).

Hæfni og menntun starfsfólks. Hæfni heilbrigðisstarfsfólks til að takast á við áhyggjur einstaklinga um fíkn vegna verkjalyfja var könnuð í rannsókn sem gerð var í Los Angeles í Bandaríkjunum. Starfsfólkið fékk dæmi um eldri mann sem hafði verki og sögu um fíkn og var athugað hversu líklegt það var að fræða sjúklinginn og maka hans um verkjameðferð og áhættuna á fíkn. Þar kom fram að helmingur starfsfólksins var mjög líklegur til að takast á við áhyggjur sjúklings og maka og þriðjungur starfsfólks var mjög líklegt til þess að veita sjúklingi fræðslu um áhættuna um að lyfin gætu valdið fíkn (Goebel o.fl., 2010). Starfsreynsla og það hversu öruggt starfsfólk er varðandi meðferð óþíatháðra einstaklinga hefur áhrif á það hvernig tekið er á áhyggjum sjúklinga og hvort áhættan sem fylgir lyfjanotkuninni er rædd. Það hversu hrætt starfsfólk er að skrifa upp á óþíöt fyrir sjúklinga sína hefur fengið nafnið óþíatfælni (e. opiophobia) og ef vitað er að sjúklingur hafi misnotað lyf eykst þessi fælni til muna (Alford o.fl., 2006).

Í rannsókn Katzman o.fl. (2014) sem gerð var í Mexíkó á árunum 2012-2013 tók starfsfólk þátt í námskeiði um óþíöt og vinnureglur tengdum þeim. Þar voru þrír þættir kannaðir fyrir og eftir námskeiðið en þeir voru þekking starfsfólks, viðhorf þess gagnvart notkun óþíata og trú á eigin getu í starfi. Námskeiðið fól í sér að hafa heildarsýn yfir þá sjúklinga sem útskrifuðust með óþíatlyfseðla. Niðurstöðurnar voru þær að með því að auka þekkingu urðu jákvæðar breytingar hjá starfsfólkinu, þekking og trú þess á eigin getu í starfi jókst og viðhorf þess breyttist til hins betra. Með þessari auknu þekkingu fækkaði lyfseðlum

fyrir sterk óþíöt við útskrift en fjölgaði fyrir veik óþíöt. Einnig lækkaði hlutfall þeirra sjúklinga sem tóku of stóra skammta óþíata og þar af leiðandi lækkaði dánartíðni þeirra.

Starfsfólk þarf að þekkja hvaða óþíöt henta best þegar einstaklingar útskrifast, þekkja notkun annarra lyfja en óþíata í verkjastillingu, vera færð í greiningu og meðferð verkja, þekkja einkenni óþíatmisnotkunar og þekkja reglugerðir sem varða útgáfu á lyfseðlum fyrir verkjalyf (Katzman o.fl., 2014). Fyrsti starfsmaðurinn sem verður var við eða grunar að sjúklingur eigi við lyfjavanda að etja verður að láta lækni sjúklings vita svo hægt sé að byrja sem fyrst á þverfaglegu mati og ná stjórn á ferlinu. Heiðarleg samskipti eru alltaf besta nálgunin fyrir sjúkling og starfsfólk (Passik og Kirsh, 2004).

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga

Markmið verkjastillingar óþíatháðra einstaklinga er að veita viðunandi verkjastillingu, koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni og veita stuðning í félagslegum og geðrænum vandamálum, sem og hegðunarvandamálum (Huxtable o.fl., 2011). Ófullnægjandi verkjameðferð getur valdið falli í gömlu fíknina eða valdið nýrri fíkn (Stromer o.fl., 2013). Leggja þarf áherslu á einstaklingsmiðaða þjónustu og þannig forðast að fram komi líkamlegar og andlegar aukaverkanir af verkjameðferðinni (Stromer o.fl., 2013) en hafa þarf í huga að þær aðferðir sem notaðar eru til verkjastillingar eru mismunandi eftir tegundum verkja (Laroche o.fl., 2012).

Ekki eru til neinar almennar reglur sem segja til um svæfingu og verkjastillingu eiturlyfjaneytenda, aðeins eru til ráðleggingar og tillögur (Stromer o.fl., 2013). Mikilvægt er að fylgjast vel með einstaklingum í neyslu og þeim sem eru í viðhaldsmeðferð svo hægt sé að greina snemma merki um fráhrörf eða of stóran skammt. Meta þarf hvern og einn einstakling og skoða sjúkdómsástand hans. Best er að velja þá aðferð sem er minnst ífarandi hverju sinni. Skammtastærðir þarf að ígrunda vel og best er að forðast sterk óþíöt, sérstaklega þau sem gefin eru í æð og geta valdið vímu og best er að nota staðbundna verkjastillingu (Laroche

o.fl., 2012). Meðhöndla á verki með föstum gjöfum verkjalyfs frekar en eftir þörfum. Ef hins vegar skammturinn er ekki nægilega stór geta verkir komið áður en næsta gjöf er gefin og það getur valdið óþarfa þjáningum og kvíða hjá sjúklingnum sem eykur spennu milli hans og starfsfólks (Alford o.fl., 2006).

Fráhvarfseinkenni og of stórir skammtar ógna mest þeim sjúklingum sem liggja inni á sjúkrahúsum. Einkenni of stórra skammta geta komið fram ef sjúklingur notar lyf án vitundar heilbrigðisstarfsfólks, ef dagskammtur er talinn meiri en hann er í raun og veru eða ef ekki er tekið tillit til viðhaldslyfs þegar skammtastærð verkjalyfs er ákveðin (Laroche o.fl., 2012). Hætta á bælingu miðtaugakerfis er meiri ef óþíötum er blandað saman við önnur lyf eins og benzodíazepín og clonidin sem einnig bæla niður miðtaugakerfið. Clonidin er lyf af verkjalyfjaflokki og getur dregið úr óþíatnotkun (Huxtable o.fl., 2011). Það er oft gefið við fráhvarfseinkennum (Sérlyfjaskrá, 2013; Stromer o.fl., 2013). Hér á landi er samheitalyf þess Catapresan og er það helst notað til þess að fyrirbyggja mígreni (Sérlyfjaskrá, 2013).

Óstöðug, fljótfærnisleg og óáreiðanleg lyfjanotkun einstaklings getur verið vísbinding um tilvist geðrænna sjúkdóma sem geta haft í för með sér vandamál í meðferð verkja (Passik og Kirsh, 2004) og því þarf heilbrigðisstarfsfólk að vera meðvitað um þann möguleika.

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga við bráðaverkjum. Forðast skal innlögn á sjúkrahús eins og hægt er (Laroche o.fl., 2012). Óþíatháðir einstaklingar geta haft neikvæða reynslu af heilbrigðis- og félagsmálastofnunum og sýna starfsfólki þeirra e.t.v. vantraust og jafnvel fjandskap (Mehta og Langford, 2006). Fyrstu samskipti sjúklings og heilbrigðisstarfsfólks eru mjög mikilvæg og hafa áhrif á allt meðferðarsambandið. Strax í byrjun ætti að útskýra meðferð og til hvers er ætlast af sjúklingi og meðferðarteymi, taka nákvæma sögu, framkvæma líkamsskoðun til þess að ákveða meðferð og ganga úr skugga um hvort viðeigandi sé að gefa óþíöt (Laroche o.fl., 2012). Mikilvægt er að vinna traust sjúklings og setja í samráði við hann markmið við upphaf meðferðar svo að bæði sjúklingurinn og

starfsfólkið geti tekist á við vandann af hreinskilni og með opnum huga. Sjúklingurinn þarf að geta treyst því að saga hans um misnotkun lyfja standi ekki í vegi fyrir faglegri verkjastillingu (Mehta og Langford, 2006).

Í verkjastillingu bráðaverkja er mikilvægt að þekkja hverjir eru í áhættu á að verða háðir en það eru einstaklingar á langtíma ópríatmeðferð vegna krónískra verkja, þeir sem misnota lyf og einstaklingar í bata frá fíkn og í viðhaldsmeðferð. Einnig er mikilvægt að koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni og aukaverkanir, veita meðferð vegna sálfélagslegra kvilla eins og kvíða og hjálpa sjúklingum að komast í viðhaldsmeðferð sem hentar hverjum og einum (Mehta og Langford, 2006).

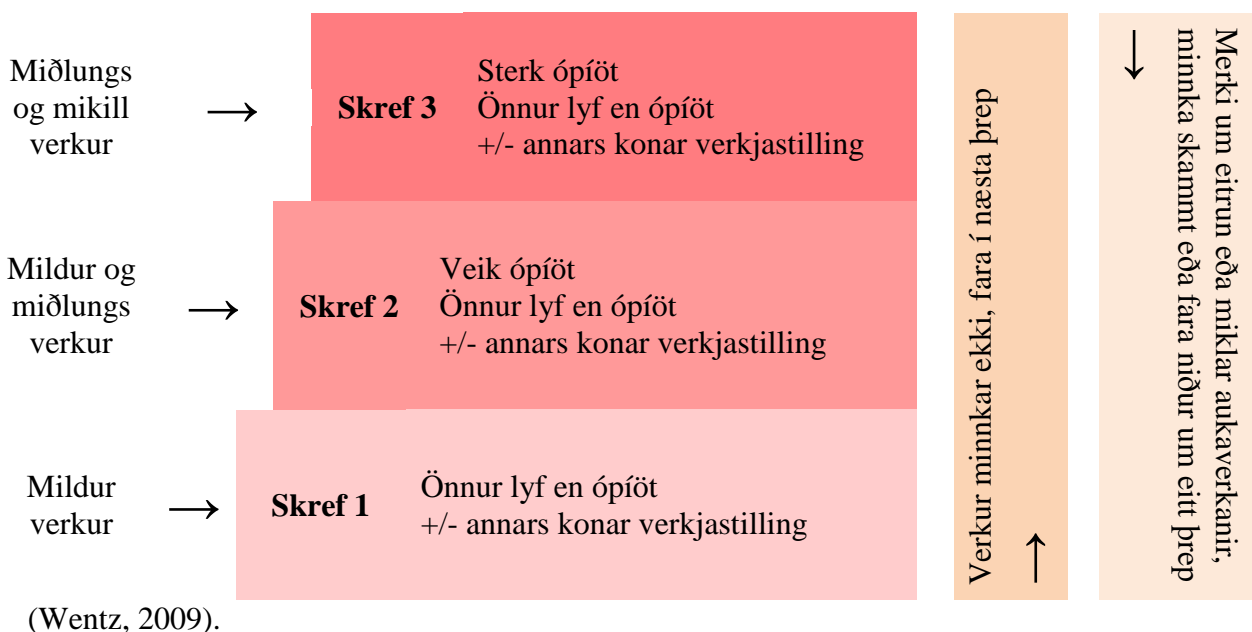
Áður en sjúklingi eru gefin lyf þarf að meta vökvajafnvægi hans, næringarástand, sjúkdóma, aðgang að bláæðum og núverandi notkun efna. Einnig þarf að gæta þess að gefa nægilega stóra skammta sterkra ópríata til þess að forðast einkenni fráhrarfa (Huxtable o.fl., 2011). Mælt er með því að meðhöndla bráðaverki með öðrum lyfjum en ópríötum en miðlungs og miklir verkir krefjast samt sem áður meðhöndlunar með þeim (Laroche o.fl., 2012). Þrátt fyrir að notkun sterkra ópríata hafi verið umdeild er hún almennt viðurkennd í dag ef þau eru notuð á öruggan hátt (Mehta og Langford, 2006).

Talið er gott að skipta um tegund ópríata til að meðhöndla bráðaverki. Þá eru ólíkir viðtakar virkjaðir og minni líkur á að þol myndist (Huxtable o.fl., 2011). Það getur einnig verið ráðlegt að skipta um lyf ef illa gengur að verkjastilla og einstaklingur fær aukaverkanir. Þegar skipt er um lyf er gott að byrja á hálfum skammti miðað við útreikning úr jafngildistöflunni sem áður hefur verið lýst. Þar sem fjölbreytileiki fólks er mikill ætti aðeins að nota útreikningana sem viðmið. Ef skipt er yfir í stuttverkandi lyf getur það valdið fráhrarfseinkennum hjá einstaklingum sem eru háðir ópríötum. Þess vegna getur verið betra að gefa langvirkandi lyf eða hafa stöðugt innrennsli í æð (Mehta og Langford, 2006).

Af sterku óþíötunum er morfín auðveldast í notkun til verkjastillingar (Huxtable o.fl., 2011). Við bráðaverkjum eru lyf oft gefin „parenteralt“ (ekki um meltingarveg) þar sem þægilegt og auðvelt er að títra þau (Mehta og Langford, 2006) og ef títrað er má forðast það að of stór skammtur sé gefinn (Huxtable o.fl., 2011). Að títra lyf er þegar lyf er gefið stöðugt í litlum skömmtum í æð þar til ákveðnu gildi er náð (Sigþór Pétursson, 2014). Þol fyrir aukaverkunum þróast hraðar en þol fyrir verkjastillingu og því er hægt að títra stóra skammta til þess að fá viðunandi verkjastillingu (Mehta og Langford, 2006). Skammtastærðin sem þarf til að forðast fráhrarfseinkenni og bæla verki fæst með því að gefa 2-5 mg af morfíni í æð á fimm mínútna fresti. Þegar verkjastillingu er náð má gefa morfín undir húð eða í vöðva á fjögurra klukkustunda fresti. Einnig er gott að gefa verkjalyf ásamt benzodíazepín til að koma í veg fyrir fráhvörf (Laroche o.fl., 2012). Ketamín getur verið gagnlegt ef það er gefið með óþíötum við bráðaverkjum, það bætir verkjastillinguna og dregur úr því óþíatmagni sem þarf (Huxtable o.fl., 2011; Mehta og Langford, 2006). Ketamín tilheyrir flokki tauga- og geðlyfja og er oftast notað sem deyfilyf og við innleiðingu svæfinga hér á landi (Sérlyfjaskrá, 2014b) og talið er að það dragi úr hyperalgesíu (Stromer o.fl., 2013).

Tafla 2

Verkjalyfjastigi WHO



Verkjalyfjastiginn var gefinn út af World Health Organization (WHO) og hannaður sem leiðarvísir um hvernig best er að meðhöndla krabbameinsverki en hægt er að yfirfæra notkun hans á annars konar verki. Þar er lýst í hvaða röð er best að gefa mismunandi tegundir verkjalyfja þar til sjúklingar eru verkjastilltir. Fyrst á að gefa önnur lyf en óþíöt eins og parasetamól og bólgueyðandi gigtarlyf, næst veik óþíöt eins og kódeín með eða án fyrrnefndra lyfja og síðast ætti að gefa sterk óþíöt eins og morfín í stað veikra óþíöta með eða án annarra verkjalyfja. Alltaf má bæta við annars konar verkjastillingu eins og nuddi, nálastungum og slökun. Þegar einstaklingar hætta í verkjameðferð er æskilegt að taka lyfin út í öfugri röð (Huxtable o.fl., 2011). Hjá óþíatháðum einstaklingum ætti að nota bólgueyðandi gigtarlyf, parasetamól og önnur viðbótarlyf og aðferðir eins og hjá öðrum. Þegar undirliggjandi óþíatþörf hefur verið mætt ætti að meðhöndla einstaklingana eftir verkjalyfjastiganum. Taka þarf tillit til nýrna-, lifrar- og meltingarstarfsemi við notkun parasetamóls og bólgueyðandi gigtarlyfja (Mehta og Langford, 2006).

PCA (Patient Controlled Analgesia) kallast það þegar sjúklingar geta sjálfir stjórnað verkjalyfjagjöf sinni að einhverju leyti. Sú aðferð er umdeild en hefur reynst árangursrík í mörgum tilfellum. Þá er stöðugt innrennsli í æð og sjúklingar geta sjálfir gefið sér aukaskammt. Skammtastærðin er stillt af heilbrigðisstarfsfólki og einnig hversu oft er hægt að gefa aukaskammta. Þessi aðferð krefst stöðugs eftirlits og endurskoðunar. Kostirnir eru þeir að aðferðin er auðveld í notkun og hún viðheldur stöðugu gildi óþíats í blóði og veitir verkjastillingu með lágum skammti og kemur þannig í veg fyrir slævingu, verki, kvíða og löngun í lyf. Það er einnig kostur að sjúklingum finnst þeir hafa stjórn á eigin meðferð og það skiptir máli vegna þess að þá eykst trú þeirra á eigin getu og þeir finna aukið öryggi. Gallarnir eru þeir að það getur reynst erfitt að áætla réttar skammtastærðir þar sem einstaklingar eru afar ólíkir og gætu hugsanlega notað PCA til að reyna að ná vímu frekar en verkjastillingu.

Dælan þarf að vera örugg og það á ekki að vera hægt að breyta stillingum hennar (Mehta og Langford, 2006).

Staðeyfingu ætti að nota eina og sér eða sem viðbót ef mögulegt er, hún er hentug vegna þess að þá er hægt að draga úr óþíatgjöf. Ókostirnir eru minni meðferðarheldni, aukin sýkingarhætta vegna stungna og ef saga er um skerta lifrarstarfsemi eða próteinskort í blóði þar sem það er frábending við notkun staðeyfilyfja (Mehta og Langford, 2006).

Í rannsókn Weiner o.fl. (2013) kom fram að gagnlegt er að nota upplýsingar frá meðferðar- og eftirlitsstofnunum sem skrá upplýsingar um einstaklinga og neyslu þeirra. Það dregur úr hættu á misnotkun lyfja og hjálpar til við að veita viðeigandi verkjastillingu á bráðadeildum. Slíkar upplýsingar hjálpa til við að hafa skammtastærðir réttar og geta stjórnað því hvort einstaklingar útskrifist með lyfseðil fyrir óþíöt eða ekki.

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga fyrir aðgerð. Það getur verið flókið að meðhöndla verki óþíatháðra einstaklinga í aðgerðaferlinu (Stromer o.fl., 2013). Mikilvægt er að leggja mat á óþíatþol einstaklingsins fyrir aðgerð og vita hvort hann er í viðhaldsmeðferð og hvaða lyf hann fær í henni. Kanna þarf hvort einstaklingar misnoti önnur efni, í hvaða formi þau eru tekin og fá upplýsingar um andlegt og líkamlegt ástand og sjúkdóma en nákvæm skráning á þessum þáttum þarf að vera til staðar (Huxtable o.fl., 2011). Ef einstaklingar eru ósamvinnuþýðir eða ekki hægt að treysta að þeir segi rétt frá ætti að tala við fjölskyldu eða vini. Það getur einnig hjálpað að fá blóð- og/eða þvagsýni til að kanna ástandið enn frekar (Stromer o.fl., 2013).

Einstaklingar ættu að taka þau lyf sem þeir eru vanir að taka til viðbótar þeim sem lækni ákveður á aðgerðadegi (Huxtable o.fl., 2011; Stromer o.fl., 2013). Þessir einstaklingar eru oft háðir fleiri efnum en óþíötum og því getur verið ráðlegt að byrja á því að gefa þeim geðlyf og róandi lyf fyrir aðgerð (Stromer o.fl., 2013). Ef engin lyf hafa verið notuð síðustu þrjár klukkustundirnar fyrir aðgerð er viðhaldsmeðferð hafin og skammtur af morfíni gefinn

til þess að forðast fráhrarfseinkenni (Laroche o.fl., 2012). Mikilvægt er að gera nákvæma meðferðaráætlun til þess að forðast það að einstaklingar fái fráhrarfseinkenni í aðgerðaferlinu og til að tryggja að líkamlegt og andlegt ástand sjúklinga sé stöðugt. Tala þarf opinskátt um áhyggjur sjúklinga og nauðsynlegt er að fá samþykki þeirra fyrir notkun ávanabindandi lyfja í meðferðinni (Stromer o.fl., 2013).

Fyrir aðgerð er skynsamlegt að gera ráð fyrir því að einstaklingar myndi krossþol og því þurfi að stækka skammta á einhverjum tímamarki. Þegar þol myndast þarf oft að stækka skammta um 30-100% (Stromer o.fl., 2013).

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga í aðgerð. Þegar velja á svæfingarlyf fyrir óþíatháða einstaklinga er bæði hægt að nota innöndunarlyf og lyf sem gefin eru beint í æð en hreinir óþíatagonistar eins og t.d. sufentanil hafa reynst vel (Stromer o.fl., 2013).

Einstaklingar með óþíatþol eru í meiri hættu á því að vera meðvitaðir um umhverfi sitt (e. awareness) í aðgerð og því þarf að fylgjast vel með þeim (Huxtable o.fl., 2011). Einnig þarf að fylgjast með hjartsláttartruflunum í svæfingu (Laroche o.fl., 2012) og ef hjartsláttur eykst og blóðþrýstingur hækkar eða einstaklingar svitna óvenju mikið er mikilvægt að finna út hvort þeir séu ekki nægilega svæfðir eða hvort einkennin séu vegna fráhrarfs. Ef aðgerðin dregst á langinn getur þurft að gefa aukaskammta af óþíötum. Hjá einstaklingum sem anda sjálfir er hægt að títra óþíöt og miða við að halda öndunartíðni innan ásættanlegra marka. Annars skal miða við það að halda öndun 8-10 sinnum á mínútu hjá þeim sem eru í öndunarvél. Best er að halda lyfjamagni í blóði stöðugu og gefa verkjalyf stöðugt í æð (Stromer o.fl., 2013). Sérstaka varúð þarf að sýna ef verið er að gefa langvirkandi óþíatið remifentanil (Huxtable o.fl., 2011). Remifentanil getur verið þægilegt í notkun og það er auðvelt að stilla skammtastærðir en það getur hins vegar valdið brenglaðri sársaukaupplifun, fráhrarfseinkennum og hyperalgesíu (Stromer o.fl., 2013).

Í aðgerð skal veita staðbundna verkjameðferð ef mögulegt er (Laroche o.fl., 2012) en ýmislegt getur farið úrskaiðis ef henni er beitt og því þarf að ígrunda þá ákvörðun vel. Það er einnig hægt að deyfa í sár eða liði rétt áður en aðgerð lýkur (Stromer o.fl., 2013).

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga eftir aðgerð. Eins og áður er getið er verkjastilling erfiðari hjá þeim sem hafa myndað þol fyrir óþíötum en hjá öðrum. Oft þurfa þeir u.þ.b. þrisvar sinnum stærri skammta af óþíötum fyrsta sólarhringinn eftir aðgerð en þeir sem hafa ekki myndað þol. Það getur tekið lengri tíma og kallað á aðrar nálganir að verkjastilla þessa einstaklinga (Huxtable o.fl., 2011).

Meðferð með sterkum óþíötum getur verið nauðsynleg eftir aðgerð en best er að forðast þau ef mögulegt er. Tramadol er auðvelt að nota með gjöf um munn eða með samfelldri gjöf í æð (Laroche o.fl., 2012). Tramadol er einnig góður kostur þar sem erfiðara er að misnota það en önnur óþíöt (e. lower abuse potential) en ef það er notað eitt og sér kemur það ekki í veg fyrir fráhvörf og veitir e.t.v. ekki fullnægjandi verkjastillingu (Huxtable o.fl., 2011). Ef sterk óþíöt reynast nauðsynleg ætti að gefa þau undir húð og best er að nota mismunandi verkjalyf til að minnka skammtastærðir óþíata (Laroche o.fl., 2012). Einstaklingar sem fá stóra skammta af remifentanil í aðgerð finna oft meiri verki og þurfa stærri óþíatskammta til verkjastillingar eftir aðgerð eins og áður kom fram (Huxtable o.fl., 2011). Frekar ætti að gefa fentanyl eða skyld efni, þau virka lengur en remifentanil (Stromer o.fl., 2013).

Ef nauðsynlegt er að gefa sterk óþíöt í æð er best að notast við PCA aðferðina. Sjúklingurinn getur sjálfur stjórnað aukaskömmunum en aðeins ef dælan hefur verið stillt af heilbrigðisstarfsfólki (Laroche o.fl., 2012). Við meðal og mjög slæmum verkjum getur verið ráðlegt að einstaklingar geti gefið sér lyf í æð sjálfir með títrun eða skömmum þegar ekki er hægt að gefa lyf um munn. Það minnkar hættuna á því að gefa of litla skammta og minnkar

álag á hjúkrunarfræðinga en það þarf þó að hafa eftirlit með og stjórna hversu stórir aukaskammtarnir eru (Huxtable o.fl., 2011).

Gefa skal lyf um munn um leið og sjúklingar geta borðað. Fráhvarfseinkenni geta komið fram sex klukkustundum eftir að síðasta skammts af heróíni var neytt og viðhaldslyf ætti að gefa á 4-6 klukkustunda fresti (Laroche o.fl., 2012). Ekki er til nein auðveld, tilbúin formúla til þess að reikna út þann heildarskammt sem þarf til þess að verkjastilla einstaklinga með þol fyrir óþíötum eftir aðgerð en það ætti að reikna hann út frá þeim óþíatskammti sem einstaklingar eru vanir að taka dagsdaglega. Ef einstaklingar eru stöðugt með mikla verki eða ef dregnar eru þær ályktanir að þeir sé svokallaður „verkjasjúklingar“ eða fíklar getur það komið í veg fyrir rétt mat og greiningu verkja. Ef ekki tekst að draga úr verkjum og þeir aukast jafnvel eftir aðgerð ætti að skoða vel hvaða ástæður geta legið að baki, t.d. leita að fylgikvillum vegna aðgerðarinnar (Huxtable o.fl., 2011).

Hægt er að nota staðdeyfingu til þess að minnka viðbótarskammt af óþíötum. Einnig er ráðlegt að nota parasetamól og bólgueyðandi gígtarlyf nema það séu sérstakar frábendingar því til fyrirstöðu (Huxtable o.fl., 2011). Gabapentin getur reynst gagnlegt eftir aðgerð til þess að koma í veg fyrir langvarandi verki (Stromer ofl., 2013) en það er taugaverkjalyf sem notað er gegn flogaveiki og útlægum taugaverkjum (Sérlyfjaskrá, 2015). Það bætir einnig verkjastillingu og dregur úr óþíatnotkun en eykur slævingu (Huxtable o.fl., 2011).

Verkjastilling óþíatháðra einstaklinga með langvarandi verki. Langvarandi verkir eru verkir sem eru til staðar í a.m.k. 6 mánuði og geta verið af ýmsum toga og er sífellt algengara að skrifað sé upp á óþíöt við þeim (Patel, 2013). Einstaklingum með langvarandi verki ætti helst ekki að gefa sterk óþíöt vegna hættu á myndun fíknar (Laroche o.fl., 2012). Þegar óþíöt eru gefin verður verkjastilling mikil í fyrstu en smám saman dregur úr henni vegna þols, hyperalgesíu eða annarra sálfræðilegra þátta (Patel, 2013). Ráðlegt er að fá álit frá verkjasérfræðingi áður en sterk óþíöt eru notuð (Laroche o.fl., 2012). Í Austurríki er algengt

að meðhöndla langvarandi verki með fentanyl plástrum ef óþíatmeðferð er talin nauðsynleg. Frásog í þeim er hægara en þegar gefið er t.d. morfín í æð (Stromer o.fl., 2013).

Markmið verkjameðferðar skulu kynnt sjúklingum í upphafi meðferðar og getur það flýtt fyrir bata. Ef það er ekki gert getur árangur meðferðar orðið minni en ella (Laroche o.fl., 2012). Hjá einstaklingum með langvarandi verki sem taka óþíöt daglega er æskilegt að gera áhættumat til þess að reyna að koma í veg fyrir að þeir ánetjist lyfinu. Ræða skal við þá um kosti og galla meðferðar og möguleika á fíkn, einnig þarf að gera meðferðaráætlun sem er samþykkt af meðferðarteymi og skjólstæðingi. Gera skal grein fyrir væntingum um eftirlit og eftirfylgni, ræða lok meðferðar og hvernig lyfjaleitandi hegðun er meðhöndluð. Lítil vitneskja og samskiptaleysi milli sjúklings og læknis dregur úr árangri meðferðarinnar (Katz o.fl. 2013; Patel, 2013). Sérfræðingar í verkjameðferð gætu veitt þessa fræðslu og stuðning en reynslumiklir hjúkrunarfræðingar geta einnig séð um þessa þætti og eru jafnvel líklegri til þess að tala við sjúklinga um ótta við fíkn (Katz o.fl., 2013). Til eru ýmis mismunandi mælitæki til þess að meta áhættu á að einstaklingar misnoti lyf. Sem dæmi má nefna skimunarprófið The Revised Screener and Opioid Assessment for Patient with Pain (SOAPP-R) sem er sjálfsmat fyrir einstaklinga með langvarandi verki. Prófið er talið finna 80% þeirra einstaklinga sem eru með langvarandi verki og munu líklega misnota óþíöt. Með því að leggja þetta próf fyrir einstaklinga geta meðferðaraðilar séð yfirvofandi hættu og tekið betri ákvarðanir um eftirlit og eftirfylgni (Patel, 2013). Þegar búið er að meta áhættu á misnotkun lyfja er gott að koma með inn grip eða meðferð fyrir þá sem eru í lítilli eða miðlungs áhættu. Þeir sem eru hins vegar í mikilli áhættu ættu að fara til verkjasérfræðings. Þessi inn grip draga úr komum á slysideildir, fækka dögum sem einstaklingar liggja inni á sjúkrahúsum og geta lækkað kostnað heilbrigðiskerfisins (Katz o.fl., 2013).

Verkjastilling einstaklinga í viðhaldsmeðferð. Þegar hefja á verkjameðferð hjá einstaklingum í viðhaldsmeðferð þarf að fullvissa þá um að viðhaldsmeðferð haldi áfram þrátt

fyrir að verkjameðferð sé hafin (Alford o.fl., 2006). Ómeðhöndlaður verkur getur valdið því að einstaklingar í viðhaldsmeðferð verði aftur háðir óþíötum (Huxtable o.fl., 2011). Markmið viðhaldsmeðferðar er að halda ávana stöðugum og er nauðsynlegt að bæta öðrum verkjalyfjum við til þess að einstaklingar fái viðunandi verkjastillingu (Stromer o.fl., 2013). Þeir sem eru í meþadónmeðferð geta myndað þol fyrir óþíötum og því getur reynst erfiðara að meðhöndla verki þeirra og e.t.v. er aukin þörf á stærri skömmtum og nákvæmri títrun (Laroche o.fl., 2012). Einstaklingar í viðhaldsmeðferð finna oft fyrir verkjum í lærum, hnjám, maga, höfði og hálsi. Verkjalyf reynast þeim best til verkjastillingar en einnig hvíld og nudd. Aðrir þættir geta líka haft áhrif á verkina, eins og líkamleg áreynsla, stress, hræðsla, breytingar í veðri og þreyta (Peles, Schreiber, Hetzroni, Adelson og Defrin, 2011).

Mjög erfitt getur verið að verkjastilla einstaklinga sem eru á meþadónviðhaldsmeðferð þar sem þeir hafa minna þol fyrir verkjum en aðrir. Almennar leiðbeiningar segja að einstaklingar eigi að halda áfram á sínum venjulega skammti af meþadóni hvort sem það er um munn, í vöðva eða undir húð en eigi auk þess að fá fljótverkandi óþíöt við bráðaverkjum. Langur helmingunartími meþadóns veldur því að það er óhentugt í meðhöndlun bráðaverkja. Notkun mismunandi óþíata getur verið góð viðbót hjá þeim einstaklingum sem voru áður háðir (Mehta og Langford, 2006).

Verkjastilling einstaklinga sem hafa hætt neyslu óþíata. Einstaklingar í bata sem hafa hætt notkun óþíata ættu að forðast þau og nota frekar staðbundin verkjalyf ef mögulegt er. Hægt er að nota lyf með stuttan helmingunartíma eins og clonidin, taugaverkjalyf og benzodíazepín. Ef nota á morfín er æskilegt að fá mat frá þverfaglegu teymi áður en notkun þess er hafin til þess að minnka líkur á því að einstaklingar verði aftur háðir lyfinu (Laroche o.fl., 2012).

Hættan á því að falla aftur í sama farið er 20% en fer eftir ýmsum þáttum eins og hversu lengi efni eða lyf var notað en hættan er til staðar alla ævi (Laroche o.fl., 2012).

Óþíatviðtakar breytast eftir stöðuga og langvarandi notkun og þegar fíkn myndast festast þessar breytingar í minni líkamans. Þegar neyslu er hætt geta ákveðnar aðstæður endurvakið þetta „fíkniminni“. Dæmi um þessar aðstæður eru verkir eftir aðgerð og ótti. Breytingarnar sem verða á heilanum við misnotkun lyfja ganga aldrei fyllilega til baka og þess vegna er stöðugt fyrir hendi hætta á því að einstaklingar myndi aftur fíkn og falli aftur í sama farið á einhverjum tímapunkti. Líkurnar minnka þó eftir því sem lengra líður frá lyfjanotkuninni. Ekki ætti að hafa áhyggjur af því að einstaklingar falli heldur ætti að títra skammta hjá þessum einstaklingum til þess að verkjastilla (Stromer o.fl., 2013).

Samantekt

Í þessum kafla var fjallað um fíkn, ávana og þol og þeim hugtökum lýst. Fjallað var um faraldsfræði fíknar og verkja óþíatháðra einstaklinga, mismunandi óþíöt og kvilla sem fylgja misnotkun óþíata. Talað var um verki óþíatháðra einstaklinga og hvernig verkjanæmi þeirra breytist. Viðhorfum heilbrigðisstarfsfólks var lýst og fjallað um algengar ranghugmyndir og mýtur. Að lokum var farið yfir mismunandi aðferðir til að verkjastilla óþíatháða einstaklinga með ólíkar tegundir verkja og við mismunandi aðstæður.

Niðurstöður heimildasamantektar sýndu nokkur mikilvæg atriði sem þarf að hafa í huga við verkjastillingu óþíatháðra einstaklinga. Misnotkun lyfseðilsskyldra óþíata er vaxandi vandamál í heiminum og margir fylgikvillar koma í kjölfarið, bæði hjá einstaklingum sem misnota efnið en einnig í samfélaginu í heild vegna mikils kostnaðar. Verkjanæmi breytist við langvarandi notkun óþíata og það veldur því að oft verður verkjameðferð þessa hóps flókin. Við verkjastillingu er mikilvægt að forðast það að einstaklingar fái fráhrarfseinkenni og mæta þarf grunnóþíatþörf áður en hægt er að verkjastilla á viðunandi máta. Einnig þarf að taka tillit til þess í hvaða aðstæðum einstaklingar eru og hvort verið er að fást við bráðaverki eða langvarandi verki. Best er að gefa verkjalyfin á föstum tímum og forðast að gefa stóra skammta í einu þar sem það getur valdið vímu og ef mögulegt er ætti að forðast að nota óþíöt.

Til eru viðmið um verkjastillingu en mikilvægast er að taka tillit til hvers og eins og veita einstaklingsmiðaða meðferð. Heilbrigðisstarfsfólk er oft hrætt við að gefa þeim lyf sem eiga sögu um misnotkun ópíata. Umönnun þessara einstaklinga getur verið flókin og mikilvægt er að starfsfólk hafi þekkingu og stuðning þverfaglegs teymis til þess að sinna þessum hópi af fagmennsku.

Kafli 3 - Aðferðafræði

Í þessum kafla verður fjallað um aðferðafræði fyrirhugaðrar rannsóknar. Fyrst verður fjallað um rannsóknaraðferðina og síðan um þátttakendur og þau skilyrði sem þeir þurfa að uppfylla til þess að geta tekið þátt í rannsókninni. Einnig verður fjallað um siðferði, áreiðanleika, réttmæti og takmarkanir rannsóknarinnar sem og gagnasöfnun og gagnagreiningu. Í lok kaflans verður stutt samantekt.

Rannsóknaraðferð

Í þessari rannsóknaráætlun verður notast við meginlega rannsóknaraðferð og eru þrír þættir sem gott er að hafa til hliðsjónar við undirbúning hennar. Rannsóknin þarf að vera kerfisbundin, nákvæm og skýr. Allt frá byrjun verður að liggja fyrir nákvæm rannsóknaráætlun, henni þarf að fylgja nákvæmlega og ekki má bregða út af henni til þess að hægt sé að endurtaka rannsóknina eins og hún var upphaflega gerð (Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013).

Í meginlegum rannsóknum eru settar fram tilgátur og með rannsóknum eru þær prófaðar. Niðurstöðurnar sem fást styðja annað hvort tilgátuna sem sett var fram í upphafi eða fella hana (Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013). Tilgáta rannsókna er sú að verkjastilling óþíatháðra einstaklinga sé ekki viðunandi og að þeir mæti fordómum frá hjúkrunarfræðingum sem sinna þeim. Meginlegar rannsóknir má flokka með ýmsum hætti m.a. í íhlutunarsnið og lýsandi rannsóknir (Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013). Lögð verður áhersla á lýsandi rannsóknir og lýsandi rannsóknarsnið (e. descriptive study) en þær hafa ekki áhrif á það sem verið er að mæla heldur leitast við að lýsa fyrirbærum, samböndum og ástandi innan ákveðins hóps (Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013).

Þátttakendur

Rannsóknin verður tvíþætt, annars vegar verður lagður spurningalisti fyrir óþíatháða einstaklinga sem leita á bráðamóttöku Landspítalans til verkjastillingar og hins vegar

spurningalisti fyrir hjúkrunarfræðinga sem sjá um meðferð þessara einstaklinga. Sjúklingarnir þurfa að uppfylla fjóra þætti til þess að geta tekið þátt í rannsókninni, þar af munu hjúkrunarfræðingar meta þrjá þeirra. Þessir fjórir þættir eru:

- 1) Einstaklingurinn sé sjálfráða á aldrinum 18-67 ára.
- 2) Hjúkrunarfræðingurinn meti hann hæfan til þátttöku.
- 3) Einstaklingurinn sé eða hafi verið háður ópíötum, krabbameinssjúklingar eru undanskyldir.
- 4) Skriflegt samþykki einstaklings.

Hjúkrunarfræðingar afhenda sjúklingum kynningarbréf sem þeir lesa og skrifa undir ef þeir samþykkja þátttöku. Til þess að meta hvort einstaklingur hafi lágmarkshæfni, svo sem greind og lestrargetu, til að svara spurningalistanum munu rannsakendur fá hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku í lið með sér til að útiloka þá einstaklinga sem ekki uppfylla þessi skilyrði. Þeir eru sérfræðingar á sínu sviði og hafa því næga þekkingu til þess að meta þessa þætti.

Hinn hópurinn sem tekur þátt í rannsókninni eru hjúkrunarfræðingar með B.S. próf í hjúkrunarfræði og gilt hjúkrunarleyfi sem sinna einstaklingum sem leita á bráðamóttöku Landspítalans.

Siðferðilegar vangaveltur

Við gerð rannsókna verður að hafa siðferði efst í huga. Í heilbrigðisgreinum eru fjórar höfuðreglur sem gott er að hafa til grundvallar.

Sjálfræðisreglan. Með sjálfræðisreglunni er átt við þá virðingu sem manneskjan á skilið og sjálfræði hennar. Þess vegna þarf að fá upplýst og óþvingað samþykki frá þátttakendum. Veita þarf greinagóðar upplýsingar um rannsóknina, tilgang hennar og eðli og gera þátttakendum ljóst að þeir geti hætt þátttöku hvenær sem er (Sigurður Kristinsson, 2013). Þegar einstaklingar gefa persónulegar upplýsingar um sig er afar mikilvægt að vinna með þær á sanngjarnan, málefnalegan og lögmætan hátt (Lög um persónuvernd og meðferð

persónuupplýsinga nr. 77/2000). Þar sem hjúkrunarfræðingar munu skima og meta hvort einstaklingur uppfylli skilyrði fyrir þátttöku þurfa rannsakendur ekki að hafa aðgang að persónulegum gögnum þátttakenda og því þarf ekki að skrifa undir upplýst samþykki, aðeins samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni (Berglind Hallgrímsdóttir munnleg heimild, 12. mars 2015).

Skaðleysisreglan. Skaðleysisreglan mælir fyrir um að heilbrigðisstarfsfólk eigi umfram allt að forðast það að valda skaða. Þátttakendur verða að treysta því að þeir séu ekki boðaðir í rannsókn sem getur valdið þeim skaða og þurfa rannsakendur að vera vissir um að rannsóknin standi vörð um hagsmuni þátttakenda (Sigurður Kristinsson, 2013). Það er gert með því að leggja rannsóknaráætlun fyrir siðanefnd sem metur hvort hún sé skaðlaus þátttakendum. Einnig gæta hjúkrunarfræðingar þess að engar persónuupplýsingar fylgi gögnum svo útilokað sé að bera kennsl á þátttakendur.

Velgjörðarreglan. Með henni er átt við það að velja leiðir þar sem fórna þarf sem minnstu og láta gott af sér leiða (Sigurður Kristinsson, 2013). Fyrirhuguð rannsókn hefur ekki slæm áhrif á þátttakendur og þeir hljóta ekki skaða eða óþægindi af því að svara spurningalistanum. Niðurstöðurnar verða notað til þess að bæta þjónustu og lífsgæði. Áhrifin sem niðurstöður hafa á vinnu hjúkrunarfræðinga ættu að verða til góðs og leiða til þess að þeir geti veitt sem besta þjónustu út frá þeirri þekkingu sem til verður.

Réttmætisreglan. Réttmætisreglan kveður á um að mismuna engum, sama hvaða hópi þeir tilheyra (Sigurður Kristinsson, 2013). Þessi regla á vel við í þessari rannsókn þar sem annar hópurinn telst minnihlutahópur og fyrirhuguð rannsókn mun varpa ljósi á hugsanlega fordóma.

Áður en rannsóknin verður framkvæmd þarf að senda kynningu og leyfisbeiðni til lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra Landspítalans sem og deildarstjóra og yfirlæknis bráðamóttökunnar (Hafdís Skúladóttir munnleg heimild, 12. mars 2015). Þegar þessi leyfi eru

fengin verður sótt um til Vísindasiðanefndar (VSN) og Siðanefndar Landspítala. VSN metur vísindarannsóknir á heilbrigðissviði til þess að sannreyna að þær fylgi siðfræðilegum og vísindalegum sjónarmiðum (Vísindasiðanefnd, e.d.). Siðanefnd Landspítala veitir leyfi fyrir rannsóknum sem gerðar eru á spítalanum í samstarfi við Háskólann á Akureyri (Landspítali, e.d.).

Áreiðanleiki, réttmæti og takmarkanir áætlaðrar rannsóknar

Áreiðanleiki fer eftir því hversu líklegt er að fá sömu niðurstöður ef rannsókn verður endurtekin (Sigríður Halldórsdóttir og Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013) og eykst áreiðanleiki ef hún verður endurtekin eftir skamman tíma. Þó ber að hafa í huga að hvorki má líða of stuttur né langur tími á milli endurtekninga. Einnig þarf að tryggja að rannsakendur séu sammála um hvað verið sé að mæla og hvernig það er gert (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013).

Til þess að auka notagildi rannsóknar verður réttmæti hennar að vera nægjanlegt. Hægt er að horfa á réttmæti út frá nokkrum sjónarhornum eins og t.d. ytra réttmæti sem segir til um það hvort hægt sé að færa niðurstöðurnar yfir á aðra einstaklinga, hópa eða aðrar aðstæður. Einnig má skoða samleitniréttmæti en það sýnir réttmæti í rannsóknum sem mæla sama hlutinn (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Í þessari rannsókn er ytra réttmæti e.t.v. ábótavant þar sem spurningalistinn verður frumsaminn og hefur ekki verið notaður áður. Það hefur bæði kosti og galla að framkvæma rannsóknina á Íslandi. Hér á landi finnast ekki öll ópíöt sem notuð eru í heiminum eins og t.d. heróín. Hins vegar eru kostirnir þeir að hægt er að yfirfæra niðurstöðurnar á alla landsmenn vegna fámennis okkar og hægt er að ná til stórs hóps þar sem meirihluti landsmanna býr í sama þéttbýlinu. Innra réttmæti er mikið þar sem auðvelt verður að framkvæma þessa rannsókn aftur, á sama stað með sömu aðferð.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru nokkrar. Ekki er hægt að vera viss um að þátttakendur segi satt. Það er ekki víst að þeir sem þjást af langvinnnum verkjum og taka stöðugt ópíöt viðurkenni eða átti sig á því að þeir eru háðir lyfjunum. Vegna mikilla verkja hafa þeir e.t.v. ekki minnkað verkjalyfjaskammta eða hætt notkun þeirra. Þessir einstaklingar hafa ekki skráða sögu um hæði eða fíkn í sjúkraskrá sinni og uppfylla því ekki skilyrði rannsóknarinnar. Hugsanlega hentar betur að rannsaka eingöngu þá sem greindir eru með fíkn en til þess þurfa þeir að vera með greiningu frá lækni. Hins vegar telja rannsakendur að ekki séu allir sem þjást af fíkn greindir með fíknisjúkdóm.

Önnur takmörkun fyrirhugaðrar rannsóknar er sú að svör sjúklinga með sögu um ópíatnotkun eru ekki borin saman við svör annarra sem leita á bráðamóttöku með verki. Hægt væri að gera aðra rannsókn þar sem notaðir yrðu sömu spurningalistar en þátttakendur væru þá fjórir hóp. Hjúkrunarfræðingar sem sinna verkjameðferð ópíatháðra einstaklinga, hjúkrunarfræðingar sem sinna öðrum, ópíatháðir einstaklingar og aðrir sem hafa ekki sögu um notkun ópíata.

Óneitanlega er það takmörkun á rannsókninni að rannsakendur eru óreyndir í rannsóknarstörfum og því má búast við að byrjendabragur verði á henni. Spurningalistinn mun líklega þróast vegna athugasemda þátttakenda og getur það valdið lítilsháttar skekkju á niðurstöðum ef rannsóknin verður endurtekin.

Gagnasöfnun

Gerð verður könnun þar sem spurningalisti verður lagður fyrir einstaklinga sem eru eða hafa verið háðir ópíötum. Spurningalistinn inniheldur átta spurningar fyrir hvorn hóp auk þess sem svigrúm er gefið í lokin til að þátttakendur skrifi með eigin orðum athugasemdir sem þeir vilja koma á framfæri. Drög að spurningalistum eru í fylgiskjölum 2 og 3.

Kostur spurningalista er sá að hægt er að útfæra þá á marga vegu, hins vegar eru takmarkanir sem fylgja því að nota spurningalista sem búnir eru til frá grunni. Þeir hafa ekki

verið prófaðir og engin reynsla er af notagildi þeirra (Sigríður Halldórsdóttir og Ragnheiður Harpa Arnardóttir, 2013). Þar sem spurningalistarnir verða notaðir í fyrsta skipti er gott að fá athugasemdir frá þátttakendum. Ef þessi rannsókn verður framkvæmd aftur verður hægt að nota athugasemdirnar til þess að bæta spurningalistana og auka þar með áreiðanleika þeirra.

Gögnum verður safnað á 12 mánaða tímabili til þess að fá nákvæmar niðurstöður (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013) og rannsóknin verður framkvæmd innan þriggja ára.

Rannsakendur fyrirhugaðrar rannsóknar höfðu samband við Landspítalann og Eitrunarmiðstöðina en hvorki var hægt að nálgast upplýsingar um fjölda einstaklinga sem leitaði á bráðamóttökuna á 12 mánaða tímabili né fjölda þeirra sem tóku of stóran skammt af ópíötum eða létust vegna þeirra.

Gagnagreining

Þegar rannsóknartíminn verður hálfnaður eða eftir sex mánuði verður þeim niðurstöðum sem komnar eru úr báðum hlutum rannsóknarinnar safnað saman og þær skoðaðar. Þá fæst hugmynd um hvernig lokaniðurstöður gætu litið út. Það er einnig gert til þess að minnka vinnuálag þegar rannsókn lýkur. Þegar rannsókninni er lokið verður seinna tímabilið skoðað og þá fást heildarniðurstöður. Þegar gögnin liggja fyrir þarf að skilgreina þau og kóða svo hægt sé að koma þeim á tölvutækt form. Gögnin verða sett í tölfræðiforritið SPSS til að reikna út lýsandi tölfræði og sjá tengsl en notað verður t-próf óháðra úrtaka til þess að bera saman niðurstöður (Kjartan Ólafsson, 2008).

Samantekt

Í þessum kafla var farið yfir rannsóknaraðferðir, þátttakendur fyrirhugaðrar rannsóknar og siðferðilegar vangaveltur. Einnig var farið yfir áreiðanleika, réttmæti og takmarkanir rannsóknarinnar. Í lokin var fjallað um gagnasöfnun og gagnagreiningarferlið.

Notast verður við meginlega aðferðafræði í fyrirhugaðri rannsóknaráætlun.

Þátttakendur verða tveir hópar, óþíatháðir einstaklingar sem leita á bráðamóttöku

Landspítalans og hjúkrunarfræðingar sem sinna þeim. Lagður verður fyrir spurningalist við

útskrift og gögnum safnað í 12 mánuði. Gögnin verða grein með SPSS forriti og t-prófi

óháðra úrtaka.

Kafli 4 - Umræður

Í þessum kafla verður farið yfir fræðilegu samantektina og fjallað um það sem hefur mest gildi fyrir hjúkrunarfræðinga. Einnig verða færð rök fyrir því hvaða gildi fyrirhuguð rannsókn gæti haft fyrir hjúkrunarfræði. Að lokum verður stutt samantekt úr umræðukaflanum.

Umræður fræðilegrar samantektar

Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um það að sífellt fjölgar þeim einstaklingum sem eru háðir ópríötum (Katz o.fl., 2013, Liu o.fl., 2013) og að misnotkun lyfseðilsskyldra lyfja er orðin algengari en misnotkun götuefna (Katz o.fl., 2013). Eins og fram kom í rannsókn Liu o.fl. (2013) voru 0,1% Bandaríkjamanna árið 2009 sem fengu lyfseðil fyrir 50 eða fleiri ópríöt. Það eru um 50.000 manns sem er gríðalegur fjöldi. Höfundum finnst þessi tala sláandi og sýnir hversu mikilvægt er að vekja athygli á þessu málefni.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að þekkja þessi lyf og vita hvaða efni eru helst misnotuð. Einnig þurfa þeir að þekkja áhættuþætti fyrir fíkn og vita hvaða afleiðingar fíknin hefur. Ef hjúkrunarfræðingum finnast lækna gefa út lyfseðla sem eiga ekki rétt á sér er nauðsynlegt fyrir þá að hafa næga þekkingu til þess að geta rætt við lækna og beðið þá að endurskoða málið. Það getur verið erfitt að gera athugasemdir við fyrirmæli lækna og það krefst kjarks en það er skylda hjúkrunarfræðinga að gæta hagsmuna sjúklinga sinna. Ef þeir telja að fyrirmæli lækna geti stefnt sjúklingi í hættu ber þeim að tilkynna það viðeigandi aðilum (Siðareglur hjúkrunarfræðinga, e.d.).

Ópríatháðir einstaklingar eru oft stimplaðir af samfélaginu (Huxtable o.fl. 2011) og til þess að þeir fái viðeigandi meðferð er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar sýni þeim skilning og dæmi þá ekki (McCreddie o.fl., 2010). Það er skylda hjúkrunarfræðinga að sinna öllum þeim sem þurfa á hjúkrun að halda og að bera alltaf hag skjólstæðinganna fyrir brjósti (Siðareglur

hjúkrunarfræðinga, e.d.) Til þess að hægt sé að hjúkra þessum einstaklingum eftir bestu getu þurfa hjúkrunarfræðingar að skilja að erfitt getur verið að takast á við þá hegðun sem fylgir fíkninni. Mikilvægt er að vita að það er ekki ætlun skjólstæðinganna að gera þeim lífið leitt eða valda þeim erfiðleikum í starfi og því ættu hjúkrunarfræðingar ekki að taka þessa hegðun nærri sér (McCreaddie o.fl., 2010). Það er einnig mikilvægt að þeir séu ekki hræddir að ræða við sjúklinga sína um fíkn og tala hreinskilningslega við þá um þetta málefni, þannig myndast gagnkvæmt traust og meðferðarsambandið verður sterkara (Mehta og Langford, 2006). Hjúkrunarfræðingar eru í miklum samskiptum við sjúklinga sína og því í lykilaðstöðu til að sjá til þess að þeir fái viðeigandi meðferð.

Verkjastilling einstaklinga sem hafa myndað þol eða ávana fyrir óþíötum er flóknari en hjá þeim sem hafa ekki sögu um notkun óþíata (Alford o.fl., 2006) og þurfa hjúkrunarfræðingar að vita hvernig á að meðhöndla þá. Það þarf að taka tillit til mismunandi aðstæðna hvers og eins og stilla verkjameðferð eftir því, t.d. er ólíklegt að verkjameðferð sem hentar til að stilla bráðaverki hjá einum einstaklingi henti öðrum. Því þarf að ígrunda vel hvernig eigi að verkjastilla án þess að valda fráhrarfseinkennum eða gefa of stóran skammt. Algennt er að starfsfólk sé hrætt við að gefa þessum hópi óþíöt og getur þessi hræðsla valdið óþarfa þjáningum og kvíða hjá sjúklingunum (Alford o.fl., 2006). Mikilvægt er að þekkja hvaða afleiðingar ómeðhöndlaðir verkir hafa á líðan sjúklinga og þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa skilning á því að einstaklingar með langvarandi verki geta orðið háðir verkjalyfjum og myndað fíkn (Laroche o.fl., 2012).

Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði

Á Íslandi hefur ekki verið rannsakað hversu margir eru haldnir óþíatfíkn eða háðir óþíötum. Ef það yrði rannsakað gæfi það líklega góða mynd af ástandinu eins og það raunverulega er þar sem landið er lítið og íbúar fáir miðað við nágrannalönd okkar og stærstur hluti landsmanna fær þjónustu á sama sjúkrahúsinu. Hægt væri að bera niðurstöðurnar saman

við sambærileg lönd og gæfi það enn betri mynd af ástandinu hér. Eins og áður kom fram eru u.þ.b. 100 einstaklingar í ævilangri óþíatviðhaldsmeðferð á Vogu (Þórarinn Tyrfingsson, 2014) en inni í þessari tölu eru ekki þeir sem eru háðir óþíötum án fíknar og hafa ekki leitað aðstoðar á Vogu. Með því að rannsaka hvernig verkjastillingu er háttáð á bráðamóttöku Landspítalans væri hægt að sjá hversu margir óþíatháðir einstaklingar leita sér aðstoðar vegna verkja og hvernig meðferð þeir fá. Einnig væri hægt að rannsaka viðmót hjúkrunarfræðinga og hvort sjúklingum þeirra finnst þeir dæmandi eða fordómafullir í viðmóti sínu. Með því að framkvæma slíka rannsókn væri einnig hægt að sjá hvernig hjúkrunarfræðingar meta vinnu og þekkingu sína og hvort þeir telji að sú verkjameðferð sem þeir veita þessum hópi sé viðunandi og einnig hvernig sjúklingarnir sjálfir meta meðferðina. Niðurstöðurnar gætu leitt til þess að verkjameðferð hjá þessum hópi breytist og það gæti hugsanlega bætt líðan þeirra. Einnig er hægt að kanna hvort þekking hjúkrunarfræðinga á fíkn sé nægilega mikil og hvort nóg framboð sé af úrræðum fyrir þá sem þurfa á stuðningi og aðstoð að halda. Ef svo reynist ekki vera er hægt að hvetja háskóla landsins til þess að bæta og auka fræðslu um fíknisjúkdóma og verki hjá óþíatháðum einstaklingum. Hægt væri að halda námskeið fyrir hjúkrunarfræðinga sem sinna þessum einstaklingum og auka fræðslu til sjúklinga á bráðamóttökum. Þar sem misnotkun lyfja er sívaxandi vandamál er nauðsynlegt að auka þekkingu og eyða fordómum í garð fíkla og óþíatháðra einstaklinga svo þeir geti hámarkað lífsgæði sín og verið eins virkir samfélagsþegnar og mögulegt er.

Samantekt

Í þessum kafla var fjallað um fræðilega heimildasamantekt út frá sjónarhóli og skyldum hjúkrunarfræðinga og sagt hvað þeir þurfa að gera til þess að geta sinnt verkjastillingu óþíatháðra einstaklinga. Einnig var talað um gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði og hvernig niðurstöðurnar gætu haft áhrif á viðhorf hjúkrunarfræðinga og kennslu í háskólum landsins.

Kafli 5 - Lokaorð

Þeim einstaklingum sem nota óþíöt fer sífellt fjölgandi í heiminum og einnig þeim sem misnota þau. Til þess að þessir einstaklingar fái viðunandi verkjameðferð þarf að byrja á því að mæta grunnóþíatþörf, koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni og gefa stöðuga skammta á föstum tímum til þess að forðast vímu. Mikilvægt er að vita að þeir sem hafa hætt neyslu óþíata eru í ævilangri áhættu á því að falla aftur í sama farið og byrja aftur í neyslu en ómeðhöndlaðir verkir geta ýtt undir að fíkn kvikni á ný. Ekki má gleyma því að óþíöt eru góð til verkjastillingar í stuttan tíma en ef notkun stendur yfir í lengri tíma getur hún lækkað sársaukaþröskuldinn. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar fái aukna menntun til að takast á við verkjameðferð þessa hóps og þá kvilla sem fylgja misnotkun óþíata.

Þar sem þessi hópur fer sífellt stækkandi má velta því fyrir sér hvort aukin þörf sé á breytingum í heilbrigðiskerfinu hvað varðar útskriftir óþíatlyfseðla og eftirliti með þeim. Fyrirhuguð rannsókn býður upp á þann möguleika að hægt verði að endurtaka hana síðar og er það sýn höfunda að hægt væri að framkvæma hana með annarri áherslu. Þá væri t.d. hægt að bera saman verkjameðferð óþíatháðra einstaklinga og verkjameðferð þeirra sem hafa ekki sögu um notkun óþíata.

Höfundar þessarar rannsóknaráætlunar vonast til þess að með henni komi í ljós hvort vöntun sé á þekkingu og menntun starfsfólks hvað varðar verkjastillingu óþíatháðra einstaklinga á bráðamóttöku Landspítalans og binda vonir við það að niðurstöðurnar geti bætt þjónustuna. Allir eiga rétt á bestu meðferð sem völ er á, sama hvaða hópi þeir tilheyra eða hvaða lífsstíl þeir lifa. Höfundar telja einnig að sú þekking sem þeir öðluðust við gerð þessarar rannsóknaráætlunar muni nýtast þeim í framtíðinni í starfi sínu sem hjúkrunarfræðingar. Það er einnig von höfunda að fyrirhuguð rannsókn varpi ljósi á hugsanlega fordóma hjúkrunarfræðinga gagnvart þessum minnihlutahópi og að þeir geti í framhaldi af því unnið að því að uppræta þá.

Heimildarskrá

- Alford, D. P., Compton, P. og Samet, J. H. (2006). Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 127-134.
- Almennar upplýsingar um fíkniefni* (1996). Reykjavík: Félag íslenskra fíkniefnalögreglumanna.
- Bateman, N. (2007). Opioids. *Medicine*, 35(12), 640-642.
- Bohnert, A. S. B., Eisenberg, A., Whiteside, L., Price, A., McCabe, S. E. og Ilgen, M. A. (2013). Prescription opioid use among addictions treatment patients: Nonmedical use for pain relief vs. other forms of nonmedical use. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1776-1781. doi:10.1016/j.addbeh.2012.11.005
- Compton, P., Canamar, C. P., Hillhouse, M. og Ling, W. (2012). Hyperalgesia in heroin dependent patients and the effects of opioid substitution therapy. *The Journal of Pain*, 13(4), 401-409. doi:10.1016/j.jpain.2012.01.001
- Goebel, J. R., Sherbourne, C. D., Asch, S. M., Meredith, L., Cohen, A. B., Hagenmaier, E., ... Lorenz, K. A. (2010). Addressing patients' concerns about pain management and addiction risks. *Pain Management Nursing*, 11(2), 92-98. doi:10.1016/j.pmn.2009.03.009
- Hoppe, J., Perrone, J. og Nelson, L. S. (2013). Being judge and jury: A new skill for emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 290-292. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.07.506
- Huxtable, C. A., Roberts, L. J., Somogyi, A. A. og Mancintyre, P. E. (2011). Acute pain management in opioid-tolerant patients: A growing challenge. *Anaesthesia & Intensive Care*, 39(5), 804-823.

Katz, N., Birnbaum, H., Brennan, M., Freedman, J. D., Gilmore, G. P., Jay, D., ... White, A.

G. (2013). Prescription opioid abuse: Challenges and opportunities for payers.

American Journal of Managed Care, 19(4), 295-302.

Katzman, J. G., Comerci, G. D., Landen, M., Loring, L., Jenkusky, S. M., Arora, S., ...

Geppert, C. M. A. (2014). Rules and values: A coordinated regulatory and educational approach to the public health crises of chronic pain and addiction. *American Journal*

of Public Health, 104(8), 1356-1362. doi:10.2105/AJPH.2014.301881

Kjartan Ólafsson. (2008). *Hagnýt tölfræði og gagnagreining með SPSS*. Sótt af

http://staff.unak.is/not/kjartan/kennsla/snk1155_2003/spss_verkefni_2008.pdf

Landlæknir. (2013). *Benzódíazepín-lyf*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og->

[efartil/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-](http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efartil/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-)

[leidbeiningar/leidbeiningar/item14988/Benzodiazepin-lyf](http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efartil/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-leidbeiningar/leidbeiningar/item14988/Benzodiazepin-lyf)

Landspítali. (e.d.). *Síðanefnd*. Sótt af <http://www.landspitali.is/visindi-og->

[menntun/visindastarfsemi/sidanefnd/](http://www.landspitali.is/visindi-og-menntun/visindastarfsemi/sidanefnd/)

Laroche, F., Rostaing, S., Aubrun, F. og Perrot, S. (2012). Pain management in heroin and

cocaine users. *Joint Bone Spine*, 79(5), 446-450. doi:10.1016/j.jbspin.2012.01.007

Liu, Y., Logan, J. E., Paulozzi, L. J., Zhang, K. og Jones, C. M. (2013). Potential misuse and

inappropriate prescription practices involving opioid analgesics. *American Journal of*

Managed Care, 19(8), 648-658.

Lög um mannréttindasáttmála Evrópu, nr. 62/1994.

Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga, nr. 77/2000.

Magnús Ólason (2009). Hvað er í gangi? *Læknablaðið*, (95)9, 601-605.

Mark, T. L., Dilonardo, J., Vandivort, R. og Miller, K. (2013). Psychiatric and medical

comorbidities, associated pain, and health care utilization of patients prescribed

- buprenorphine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 481-487.
doi:10.1016/j.jsat.2012.11.004
- McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M. og Tocher, J. (2010). Routines and rituals: A grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19), 2730-2740. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x
- McPherson, M. L. (2010). *Equianalgesic Opioid Dosing*. Sótt af <http://www.hcplive.com/conference-coverage/painweek-2013/Equianalgesic-Opioid-Dosing-Calculation-Isnt-Simple-Math>
- MedicineNet. (2012a). *Antagonist definition*. Sótt af <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7836>
- MedicineNet. (2012b) *Agonist definition*. Sótt af <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7835>
- Mehta, V. og Langford, R. M. (2006). Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia*, 61(3), 269-276. doi:10.1111/j.1365-2044.2005.04503.x
- Orðabók Háskólanna. (2015). Ópíat. Í Kristín Bjarnadóttir (ritstjóri), *Beygingarlýsing íslensks nútímamáls: Stofnun Árna Magnússonar í íslenskum fræðum*. Sótt af <http://bin.arnastofnun.is/leit/?q=%C3%B3p%C3%ADatºyndir=on>
- Passik, S. D. og Kirsh, K. L. (2004). Opioid therapy in patients with a history of substance abuse. *CNS Drugs*, 18(1), 13-25.
- Patel, A. N. (2013). Addiction in chronic pain patients: Evidence-based approaches for monitoring chronic opioid therapy. *Psychiatric Annals*, 43(9), 403-407.
doi:10.3928/00485713-20130906-05

- Paulozzi, L. J. og Ryan, G. W. (2006). Opioid analgesics and rates of fatal drug poisoning in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 506-511.
doi:10.1016/j.amepre.2006.08.017
- Peles, E., Schreiber, S., Hetzroni, T., Adelson, M. og Defrin, R. (2011). The differential effect of methadone dose and of chronic pain on pain perception of former heroin addicts receiving methadone maintenance treatment. *The Journal of Pain*, 12(1), 41-50.
doi:10.1016/j.jpain.2010.04.009
- Wentz, J. (2009). Pain Management. Í Potter, P. A. og Perry, A. G. (ritstjórar), *Fundamentals of nursing* (7. útgáfa) (1051 – 1084). St. Louis: Mosby
- Pud, D., Cohen, D., Lawental, E. og Eisenberg, E. (2006). Opioids and abnormal pain perception: New evidence from a study of chronic opioid addicts and healthy subjects. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(3), 218-223. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.09.007
- Pud, D., Zlotnick, C. og Lawental, E. (2012). Pain depression and sleep disorders among methadone maintenance treatment patients. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1205-1210.
doi:10.1016/j.addbeh.2012.05.025
- Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2013). Meginlegar rannsóknir: Gerð rannsóknaráætlunar og yfirlit yfir helstu rannsóknarsnið. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (377-392). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Ruetsch, C., Tkacz, J., McPherson, T. L. og Cacciola, J. (2012). The effect of telephonic patient support on treatment for opioid dependence: Outcomes at one year follow-up. *Addictive Behaviors*, 37(5), 686-689. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.013
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2003). *Viðhaldsmeðferð*. Sótt af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/felagsstarf/pistlar/nr/11293/>
- Sérlyfjaskrá. (2013). *Catapresan*. Sótt af <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/bea16218-ca58-e211-8f64-001e4f17a1f7/Catapresan%2520-%2520SmPC.doc.pdf>

- Sérlyfjaskrá. (2014a). *Naloxon B. Braun*. Sótt af <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/c6999ab6-e6e7-e311-8e1b-001e4f17a1f7/Naloxon%2520B.%2520Braun%2520-%2520SmPC.doc.pdf>
- Sérlyfjaskrá. (2014b). *S-Ketamín „Pfizer“*. Sótt af <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/865234c4-803d-e411-81a6-001e4f17a1f7/S-Ketamin%2520Pfizer%2520-%2520SmPC.doc.pdf>
- Sérlyfjaskrá. (2015). *Gabapentin Mylan*. Sótt af <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/e01a0599-a270-e411-8609-001e4f17a1f7/Gabapentin%2520Mylan%2520-%2520SmPC.doc.pdf>
- Sérlyfjaskrá. (e.d.). *Oxycodonum INN klóríð*. Sótt af <http://serlyfjaskra.is/Ingredients.aspx?FirstLetter=O&d=1>
- Siðareglur Hjúkrunarfræðinga. (e.d). Sótt af <http://hjukrun.is/sidareglur/>
- Sigríður Halldórsdóttir og Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2013). Yfirlit yfir rannsóknarferlið. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna (377-392)*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Réttmæti og áreiðanleiki í megindegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna (377-392)*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókn og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna (71-88)*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigþór Pétursson. (2014). *Hvað er títrun?* Sótt af <http://visindavefur.is/?id=68329>
- Stromer, W., Michaeli, K. og Sandner-Kiesling, A. (2013). Perioperative pain therapy in opioid abuse. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(2), 55-64.
doi:10.1097/EJA.0b013e32835b822b

- Unterwald, E. M. og Howells, R. D. (2009). Upregulation of opioid receptors: From bench to clinic. Í Dean, R. L., Bilsky, E. J. og Negus, S. S. (ritstjórar), *Opiate Receptors and Antagonists* (19-44). New York: Humana Press. doi: 10.1007/978-1-59745-197-0_2
- Vísindasiðanefnd. (e.d.). *Hlutverk VSN*. Sótt af <http://www.vsn.is/>
- Vukmir, R. B. (2004). Drug seeking behavior. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 30(3), 551-575. doi:10.1081/ADA-200032294
- Weiner, S. G., Griggs, C. A., Mitchell, P. M., Langlois, B. K., Friedman, F. D., Moore, R. L., ... Feldman, J. A. (2013). Clinician impression versus prescription drug monitoring program criteria in the assessment of drug-seeking behavior in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 281-289. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.05.025
- World Health Organization. (e.d.a). *Management of substance abuse: Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Sótt af http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- World Health Organization. (e.d.b). *Management of substance abuse: Abuse (drug, alcohol, chemical, substance or psychoactive substance)*. Sótt af http://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/en/
- Þórarinn Tyrfingsson. (2014). Skaðaminnkunaraðferðir SÁÁ þær viðamestu á landinu. *SÁÁ blaðið: Edrí*, 13(3), 8-9.
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í meginlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (377-392). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1 – Beyging orðsins ópíat

Ópíat – hvorugkyns nafnorð

Eintala			Fleirtala		
	Án greinis	Með greini		Án greinis	Með greini
Nf.	Ópíat	Ópíatið	Nf.	Ópíöt	Ópíötin
Þf.	Ópíat	Ópíatið	Þf.	Ópíöt	Ópíötin
Þgf.	Ópíati	Ópíatinu	Þgf.	Ópíötum	Ópíötunum
Ef.	Ópíats	Ópíatsins	Ef.	Ópíata	Ópíatanna

(Orðabók Háskólanna, 2015).

Fylgiskjal 2 – Drög að spurningalista fyrir sjúklinga

Spurningalisti fyrir óþíatháða einstaklinga sem leita á bráðamóttöku Landspítalans											
Kyn	<input type="checkbox"/> Karl					<input type="checkbox"/> Kona					
Aldur	<input type="checkbox"/> 18-25			<input type="checkbox"/> 26-35		<input type="checkbox"/> 36-45		<input type="checkbox"/> 46-55		<input type="checkbox"/> 56-67	
	0-10 Enginn verkur	11-20	21-30 Lítill verkur	31-40	41-50 Miðlungs mikill verkur	51-60	61-70 Mikill verkur	71-80	81-90 Mjög mikill verkur	91-100 Óbæri- legur verkur	
Hvernig metur þú verki þína við komu á bráðamóttöku Landspítalans á skalanum 0-100?											
Hvernig metur þú verki þína við útskrift af bráðamóttöku (hvort sem um er að ræða innlögn eða útskrift) á skalanum 0-100?											
	Mjög ósátt(ur)/mjög ósammála	Ósátt(ur)/ósammála	Hvorki né/hlutlaus	Sátt(ur)/sammála	Mjög sátt(ur)/mjög sammála	Á ekki við					
Hversu sátt(ur)/ósátt(ur) ertu með þau lyf sem þér voru gefin?											
Hversu sátt(ur)/ósátt(ur) ertu með stærð þeirra lyfjaskammta sem þér voru gefnir?											
Hversu sátt(ur)/ósátt(ur) varstu með viðmót hjúkrunarfræðinga?											
Fannst þér saga þín um lyfjanoftkun hafa áhrif á viðmót hjúkrunarfræðinga?											
Ertu sátt(ur)/ósátt(ur) við hvernig tekið var mark á lýsingu þinni á verkjunum?											
Hversu sátt(ur)/ósátt(ur) ertu með þá verkjameðferð sem þú fékkst á bráðamóttöku Landspítalans?											
Annað: Eitthvað sem þú vilt koma á framfæri?											

Fylgiskjal 3 – Drög að spurningalista fyrir hjúkrunarfræðinga

Spurningalisti fyrir hjúkrunarfræðinga ópíatháðra einstaklinga sem leita á bráðamóttöku Landspítalans										
Kyn	<input type="checkbox"/> Karl					<input type="checkbox"/> Kona				
Aldur	<input type="checkbox"/> 18-25			<input type="checkbox"/> 26-35		<input type="checkbox"/> 36-45		<input type="checkbox"/> 46-55		<input type="checkbox"/> 56-67
Útskriftarár										
Skóli										
	0-10 Engin verkur	11-20	21-30 Lítill verkur	31-40	41-50 Miðlungs mikill verkur	51-60	61-70 Mikill verkur	71-80	81-90 Mjög mikill verkur	91-100 Óbæri- legur verkur
Hvernig metur þú verki sjúklings við komu á bráðamóttöku Landspítalans á skalanum 0-100?										
	Mjög ósammála/ mjög slæm(t)	Ósammála/ slæm(t)	Hvorki né/ hlutlaus	Sammála/góð/ gott	Mjög sammála/ mjög góð/gott	Á ekki við				
Hvernig telur þú þekkingu þína á verkjalyfjum sem þú gafst sjúklingnum?										
Hversu sammála eða ósammála varstu fyrirmælum læknis um að gefa tiltekin verkjalyf?										
Hversu sammála eða ósammála varstu fyrirmælum læknis um að gefa tiltekna skammtastærð?										
Mótmælir þú eða biður um að fyrirmæli læknis séu endurskoðuð ef þú ert ekki sammála þeim?										
Hvernig var viðmót þitt við sjúklinginn?										
Hafði sú staðreynd að sjúklingurinn hafði sögu um ópíatnotkun áhrif á meðferð hans?										
Hversu góða telur þú verkjameðferðina sem þú veittir sjúklingnum?										
Annað: Eitthvað sem þú vilt koma á framfæri?										