

**BSYBAC\_5**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Sykepleierens funksjon i smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger / 11.05.2021*

Antall ord: 9319

x

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studie*

## **Forord**

*«The single story creates stereotypes,  
and the problem with stereotypes is not that they are untrue,  
but that they are incomplete.  
They make one story become the only story»*  
(Chimamanda Ngozi Adichie, 2009, 12:49)

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Personer med rusmiddelavhengighet har økt toleranse for smertelindrende medikamenter. Samtidig opplever de ofte under sykehusinnleggelse å ikke få tilstrekkelig smertelindring, og ikke blir møtt på den samme omsorgsfulle måten som gjerne andre pasienter blir møtt.

### **Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan forbedre seg og bli mer bevisst i hvordan de kan bidra til optimal smertelindringen for pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus, gjennom sykepleiere sin kompetanse og holdninger.

### **Metode**

Vi har benyttet oss av en integrativ litteraturoversikt. For vår oppgave har vi valgt å analysere fem forskjellige vitenskapelige artikler med både pasient- og sykepleierperspektiv. De utvalgte artiklene, skal med hjelp av relevant teori og våre egne erfaringer fra praksis, besvare vår problemstilling.

### **Resultater**

Resultatene tyder på at sykepleiere har manglende kunnskap om identifisering og kartlegging av smerte, samt smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet. Funnene bekrefter også at sykepleiere har negative holdninger mot denne pasientgruppen. Pasienter med rusmiddelavhengighet forteller at de ikke føler seg optimalt smertelindret og at de føler seg stigmatiserte når de legges inn på sykehus.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemformulering.....	6
1.3 Hensikt med oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	7
1.4.1 Rusmiddelavhengighet.....	7
1.4.2 Smerte.....	8
1.4.3 Stigma.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning.....	8
<b>2.0 Teorikapittel</b> .....	<b>10</b>
2.1 Retningslinjer for smertelindring.....	10
2.2 Sykepleierens funksjon i smertelindring og identifisering og kartlegging av smerte.....	11
2.3 Sykepleieteoretikere.....	12
2.3.1 Katie Eriksson og lidelse.....	12
2.3.2 Joyce Travelbee om mellommenneskelige relasjoner.....	13
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 Integrativ litteraturoversikt.....	15
3.2 Litteratursøk og utvalgt artikler.....	15
3.3 Analyse av artikler.....	17
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>18</b>
4.1 Sykepleieperspektiv.....	18
4.1.1 Manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleiere.....	18
4.1.2 Holdninger og stigmatisering.....	19
4.2 Pasientperspektiv.....	21
4.2.1 Manglende smertelindring og varierende grad av omsorg.....	21
4.2.2 Forsømt og oversett.....	23
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
5.1 Metodediskusjon.....	26
5.1.1 Land og arena for studiene.....	26
5.1.2 Forskernes bakgrunn og valg av databaser.....	27
5.1.3 Studienes deltakere.....	27
5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming.....	28
5.1.5 Begrensninger.....	29
5.2 Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1 Mangel på kunnskap hos sykepleiere.....	30
5.2.2 Stigma og holdninger.....	32

5.2.3 <i>Holdninger sin betydning for smertelindring</i> .....	33
5.3 <i>Konklusjon</i> .....	34
<b>6.0 Anvendelse i praksis</b> .....	<b>36</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>38</b>
<b>Vedlegg 1: Litteratursøk</b> .....	<b>42</b>
<b>Vedlegg 2: Forskningsartikler</b> .....	<b>44</b>
<b>Vedlegg 3: Oversiktstabell over analyserte artikler</b> .....	<b>47</b>

## 1.0 Innledning

Gjennom sitt arbeid i helsevesenet vil sykepleiere med stor sannsynlighet møte på pasienter med rusmiddelavhengighet. Dette er en pasientgruppe som ofte legges inn på sykehus grunnet smerteproblematikk. Personer med rusmiddelavhengighet har som regel somatiske helseplager i tillegg til sin rusmiddelavhengighet (Helsedirektoratet, 2017). Brukere av rusmidler, og da gjerne opioider, har ofte så høy toleranse mot smertelindrende medikamenter at de ikke føler seg tilstrekkelig smertelindret (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). De siste årene har økningen i antall sykehusinnleggelser av rusrelaterte årsaker økt betraktelig. Det kan estimeres at så mye som hver tredje pasient som er innlagt i somatikken, er innlagt grunnet årsaker som er forårsaket av rus (Helsedirektoratet, 2017).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis på sykehus gjennom sykepleierutdanningen, har vi selv som sykepleierstudenter, flere ganger opplevd at pasienter med rusmiddelavhengighet har gitt uttrykk for å ikke få optimal smertelindring. Vi har også observert at helsepersonell kan ha negative holdninger rettet mot pasientgruppen. I praksis har vi opplevd at pasienter med rusmiddelavhengighet har skrevet seg selv ut fra sykehuset, selv om dette har trosset helsepersonellet sine råd. Med utgangspunkt i våre egne erfaringer, ønsker vi å få mer kunnskap om hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan påvirke smertelindringen gjennom vår kompetanse og våre holdninger.

### 1.2 Presentasjon av problemformulering

Problemstillingen vi har tatt for oss, er som følger: *Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus opplever optimal smertelindring?*

Pasienter med rusmiddelavhengighet har på lik linje med andre pasienter rett til nødvendig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b). Denne pasientgruppen er en pasientgruppe som kan oppleve mye smerter, men som også kan være vanskelig å smertelindre. Sykepleiere har en viktig rolle i å erkjenne smertene som pasienten uttrykker,

samt å smertelindre tilstrekkelig ut ifra pasienten sitt behov. Sykepleiere kan oppleve det som en utfordrende situasjon å møte pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på sykehus. Dette kan være fordi sykepleiere kan føle seg usikre, at det er negative holdninger innad i avdelinger og at de har vanskeligheter med å tro på pasienter sin hensikt når pasientene spør etter smertelindrende medikamenter.

### 1.3 Hensikt med oppgaven

I denne oppgaven tar vi for oss både pasient- og sykepleieperspektiv. Vi har fokus på sykehus som arena. Hensikten med vår oppgave er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan påvirke smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet gjennom sin kompetanse og sine holdninger. For å få kunnskap om dette ønsker vi å belyse sykepleiere sine utfordringer i forhold til smertelindring av pasienter med rusmiddelavhengighet. Samtidig ønsker vi å se på pasienter sitt perspektiv av hvordan de opplever smertelindring. I tillegg vil vi studere hvordan sykepleiere sine holdninger kan påvirke pasienter sin subjektive erfaring av smertelindring. Vi håper at den nye kunnskapen vi tilegner oss kan bidra til mindre dårlige holdninger og stigmatisering rettet mot pasienter, fra helsepersonell sin side, samt bedre forståelsen for smerteproblematikk hos pasienter med rusmiddelavhengighet.

### 1.4 Begrepsavklaring

#### *1.4.1 Rusmiddelavhengighet*

Rusmiddelavhengighet omtales i diagnosesystemet ICD som et syndrom som en person kan bli diagnostisert med, hvis denne personen oppfyller satte kriterier (Nesvåg, 2018, s. 32). Kriteriene omhandler blant annet en sterk lyst, eller følelse av tvang til å innta stoff. Stoff innebærer i denne sammenheng bruk av alkohol, narkotiske stoffer og kjemiske stoffer som opioider (Nesvåg, 2018, s. 22). Kriteriene omhandler også problemer med å kontrollere inntaket, eller å avslutte stoffbruket (Nesvåg, 2018, s. 33). Videre beskriver Nesvåg (2018, s. 33) i kriteriene for rusmiddelavhengighet at det for personen oppstår

abstinenser, personen har utviklet toleranse for stoffer, personen er likegyldig til andre ting som skjer i livet og at personen fortsetter med stoffbruket selv om det har oppstått skadelige konsekvenser av stoffbruket. Videre i oppgaven ønsker vi også å bruke begrepene «pasienter», «pasientene» og «pasientgruppen» når vi refererer til pasienter med rusmiddelavhengighet.

#### *1.4.2 Smerte*

Smerte defineres ifølge International Association for Study of Pain (ISAP) som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 383). Smerte kan og forklares som et fenomen som oppleves ulikt blant mennesker (Nordtvedt & Nesse, 1997, s. 16). Smerte innebærer en subjektiv opplevelse, hvor bare den enkelte som opplever smerten vet hvordan det føles (Nordtvedt, 2016, s. 173).

#### *1.4.3 Stigma*

Begrepet stigma kobles gjerne opp mot negative egenskaper hos et individ. De negative egenskapene blir sett på som avvik i forhold til det som oppfattes som normale egenskaper. Hva som oppfattes som stigma varierer ut ifra de ulike kulturene og samfunnene som eksisterer. En person som opplever stigma, kan i tillegg til å ha synlige negative egenskaper, ha blitt stemplet av samfunnet rundt personen for å ha negative egenskaper. Det kan føre til diskriminering av personen som er avhengig av rusmidler (Ytrehus, 2018, s. 224).

### 1.5 Oppgavens oppbygning

Første del av oppgaven omhandler et teorikapittel. I teorikapittelet presenteres teori og pensumlitteratur som vi mener er relevant for å besvare vår hensikt og vår problemstilling. Deretter kommer metodekapittelet, som omhandler fremgangsmåten vi har brukt i



besvarelsen vår. Videre presenteres relevante funn fra de utvalgte studiene våre i et resultatkapittel. Like etter kommer et diskusjonskapittel hvor vi skal drøfte metodene vi har brukt, samt drøfte resultatene fra de utvalgte artiklene våre i lys av teori og pensumlitteratur vi har valgt ut, for deretter å komme til en konklusjon. I siste del av besvarelsen vår, kommer vi med konkrete forslag til endringer som kan gjennomføres i praksis.

## 2.0 Teorikapittel

I følgende kapittel skal vi presentere Den Norske Legeforening sine retningslinjer for smertelindring. Videre presenteres sykepleieren sin funksjon i identifisering og kartlegging av smerte, samt smertelindring. Dette for å kunne svare på: *Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus opplever optimal smertelindring?* Til slutt presenteres sykepleieteoretikere som er relevante for vår oppgave; Katie Eriksson sin teori om lidelse og Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige relasjoner.

### 2.1 Retningslinjer for smertelindring

I 2009 presenterte Den Norske Legeforening sine retningslinjer for smertelindring. Hensikten med retningslinjene er å skape et mål om å sikre god smertelindring, diagnostikk, behandling og bedre livskvalitet til pasienter (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6). Retningslinjene skal gjelde på lik linje for alle, uavhengig av bakgrunn (Den Norske Legeforening, 2009, s. 6).

Retningslinjene poengterer at pasienter med rusmiddelavhengighet har rett på samme behandling som alle andre pasienter (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Videre står det at flere pasienter med rusmiddelavhengighet kan prøve å få tak i medisiner på feil grunnlag, på bakgrunn av at de har en trang for å ta medisiner, og ikke fordi de opplever å ha så sterke smerter som de gjerne oppgir at de har (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Det står også at misbrukere av opioider har behov for større doser opioide smertelindrende medikamenter enn andre pasienter (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33). Når pasienter med rusmiddelavhengighet skal smertelindres, er det ifølge retningslinjene (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33) noen faktorer som bør vektlegges. Blant annet bør det vektlegges at pasientene kan ha økt smertesensitivitet, psykiske problemer og at de har bygd seg opp en viss toleranse mot smertelindrende medikamenter. Dårlig informasjon fra helsepersonell og at pasienten opplever å bli dårlig behandlet eller avvist av helsepersonell, kan også ha en negativ innvirkning på pasienten sin opplevelse av smertelindring (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33).

Helsepersonellet sin rolle når det kommer til å gi tilstrekkelig smertelindring, kan være å gi god nok informasjon til pasienten. Informasjonen kan blant annet innebære å opplyse om at ikke-opioide smertelindrende medikamenter kan ha like god effekt som opioider (Den Norske Legeforening, 2009, s. 33).

## 2.2 Sykepleierens funksjon i smertelindring og identifisering og kartlegging av smerte

Som sykepleier bør en ha god kjennskap til fysiologiske tegn som viser til at pasienten har smerter. Smerte kan ses på pasienten ved blant annet endret ansiktsuttrykk, bevegelseshemninger, samt fysiologiske tegn som hurtigere puls og respirasjonsfrekvens, forhøyet blodtrykk, utvidede pupiller og svetting (Danielsen og Berntzen, 2016, s. 389-391). Samtidig er det viktig at sykepleieren ha god kjennskap til konsekvenser som kan oppstå ved ubehandlet smerte, som søvnproblemer, hurtig puls, overflattisk respirasjon, muskelstramminger og økt blodsukker (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 395). I tillegg til de fysiologiske tegnene, kan også psykologiske tegn komme fram. Ved akutte smerter kan pasienten kjenne på en følelse av frykt og angst, som kan resultere i økte smerter (Nordtvedt & Nesse, 1997, s. 59).

Sykepleiere har en viktig oppgave i forhold til kartlegging og vurdering av smerte, for å iverksette tiltak for å kunne gi pasienter en optimal smertelindring (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 388-390). Å kartlegge smertene grundig innebærer å undersøke hva som utløser smertene, hvor intense smertene er og hvordan de varierer. Det innebærer også å få pasienten til å beskrive hvordan smertene kjennes ut, hvor smertene befinner seg og om de er akutte eller kroniske (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 389). Det fins ulike smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smertene på en systematisk måte. Et eksempel på smertekartleggingsverktøy er NRS- numerisk skala der pasienten skal rangere smertene sine fra 0-10, der 0 er minst tenkelig smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 391). Forskning avdekker imidlertid at få sykepleiere benytter kartleggingsverktøy for å kartlegge pasienter sine smerter (Andenæs et al., 2012, s. 256).

Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer (2019), skal sykepleieryrket bygges på brukerkunnskap, erfaringsbasert kompetanse og forskning. Ved å inkludere pasienter sitt perspektiv og deres erfaringer, håpes det på å øke sykepleiere sin kompetanse

om smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet. Dette for at sykepleierne kan få en bedre forståelse for hvordan de kan tilby helhetlig omsorg på en bedre måte (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Helhetlig sykepleie handler om å se og å ta vare på hele mennesket og ikke bare det pasienten er innlagt for (Nortvedt & Kristoffersen, 2016, s. 103).

## 2.3 Sykepleieteoretikere

I de neste underkapitlene presenteres Katie Eriksson sin teori om lidelse og Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelig relasjoner.

### *2.3.1 Katie Eriksson og lidelse*

Den finske sykepleieteoretikeren Katie Eriksson beskriver lidelse som en kamp- og sorgprosess, en kamp mellom det gode og det onde i livet (Eriksson, 1995, s. 27). Eriksson beskriver også lidelse som noe ondt som kan ramme et menneske (Eriksson, 1995, s. 22). I sykepleien møter vi tre forskjellige lidelser; livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse (Eriksson, 1995, s. 66). I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss pleie- og sykdomslidelse.

Eriksson beskriver pleielidelse som en lidelse som kan relateres til pasienten sin egen opplevelse av en pleiesituasjon (Eriksson, 1995, s. 70). Hver og en person, har ifølge Eriksson (Eriksson, 1995, s. 70-71) sin egen verdi som avhenger av den enkelte person sin subjektive oppfattelse av hvor mye en selv er verdt. Samtidig er en person sin verdi påvirket av andre personer sine meninger, samt normer og verdier som er satt i en kultur, som for eksempel kulturen i en avdeling på et sykehus (Eriksson, 1995, s. 71). Eriksson forteller at den vanligste formen for pleielidelse er krenkelse av en pasient sin verdighet (Eriksson, 1995, s. 71) Pleie som skulle vært, men som uteblir, kan bli sett på som krenkelse av en pasient sin verdighet og blir dermed pleielidelse (Eriksson, 1995, s. 74).

I tillegg til pleielidelse, kan nok flere pasienter innlagt i en somatisk avdeling, kjenne på sykdomslidelse. Sykdomslidelse er lidelse som er et resultat av sykdom og dens behandling (Eriksson, 1995, s. 66). Ifølge Eriksson (Eriksson, 1995, s. 67) kan

sykdomslidelse i tillegg til fysisk smerte, inneholde sjelelig og åndelig smerte. Sjelelig og åndelig smerte kan handle om å føle på skam og skyld, samt å sitte med en følelse av å bli sett ned på og å være flau over egen situasjon (Eriksson, 1995, s. 67).

Sykepleieren har en viktig rolle ved å erkjenne lidelsen til hver enkelte og å bekrefte verdigheten til pasienten ved å være helt til stede og tilby helhetlig omsorg (Eriksson, 1995, s. 72).

### *2.3.2 Joyce Travelbee om mellommenneskelige relasjoner*

Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker fra USA, kjent for sin mening om at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, som vil si at sykepleie innebærer å hjelpe med forebygging eller mestring av sykdom (Travelbee, 1999, s. 5).

Travelbee fremhever viktigheten med å få til et menneske-til-menneske-forhold i møte med pasienter. Menneske-til-menneske-forholdet dannes ved å arbeide gjennom forskjellige faser: «det innledende møte, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympatifasen og gjensidig forståelse og kontakt» (Kristoffersen, 2016, s. 32). Kjernen i dette forholdet dannes ved at en er reflektert over hva en gjør, tenker, føler og erfarer i møte med den syke (Travelbee, 1999, s. 171). Det er viktig at sykepleieren prøver å bli kjent med pasienten som et individ og ikke bare kjenne til pasienten sine diagnoser, tilstand og behandling (Travelbee, 1999, s. 182). Travelbee mente at forholdet er bygd opp av to unike menneskelige individer og ikke av at et individ kun er pasient og at det andre individet kun er sykepleier (Travelbee, 1999, s. 171).

Begge parter i forholdet kommer inn med sin egen bagasje med tidligere personlige erfaringer og opplevelser fra livet sitt (Travelbee, 1999, s. 178). Tidligere erfaringer og opplevelser kan være både negative og positive og kan påvirke sykepleieren sin atferd bevisst eller ubevisst i møte med pasienter i samme pasientgruppe (Travelbee, 1999, s. 177). Sykepleieren må akseptere at han eller hun har fordommer mot pasientgruppen. Dette for å kunne arbeide med å forstå hvordan det påvirker møtet med pasienter i pasientgruppen (Travelbee, 1999, s. 198-199).

Det største kjennetegnet på dette forholdet er at den syke pasienten sitt behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 178). Travelbee fremhever viktigheten av å vite at et menneske-til-menneske-forhold og et vennskapelig forhold ikke er det samme. I et vennskapelig forhold er det fokus på å dekke begge parter sine behov, mens det i et menneske-til-menneske-forhold er fokus på å dekke pasienten sitt behov (Travelbee, 1999, s. 184).

### 3.0 Metode

Oppgaven vår forankres i Febe Friberg sin integrative litteraturoversikt (Friberg, 2017, s. 148). I dette kapittelet skal vi redegjøre for oppgavens utarbeidelse, som inkluderer en oversikt over søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriterier for våre utvalgte forskningsartikler. Til slutt presenteres hovedkategorier fra de utvalgte forskningsartiklene.

#### 3.1 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt handler om å lage en oversikt over kunnskap som omhandler et problem innenfor sykepleiefaget (Friberg, 2017, s. 141). For vår oppgave har vi tatt for oss kunnskap og funn fra de ulike artiklene vi valgte og deretter har vi satt det sammen slik at det dannes til ny kunnskap (Friberg, 2017, s. 141). Vi har valgt oss ut artikler som inneholder både kvalitativ og kvantitativ tilnærming (Friberg, 2017, s. 143). Artikler med kvalitativ tilnærming ble brukt fordi vi ønsket å se på deltakerne sine personlige meninger og erfaringer på et dypere plan. Artikler med kvantitativ tilnærming ble brukt for å få oversikt over en større folkemengde sine meninger og erfaringer på et overflatisk plan (Dalland, 2017, s. 52-53).

Integrativ litteraturoversikt ble brukt for å kombinere hovedfunnene fra resultatene i alle våre utvalgte artikler, for deretter å danne en ny helhet med en rød tråd (Friberg, 2017, s. 150). Dette ble gjort ved å analysere artiklene nøye, for videre å trekke ut felles funn fra alle artiklene. De felles funnene ble brukt til å danne nye perspektiver og nye hovedfunn. Disse funnene blir presentert i resultatkapittelet for å svare på problemstillingen vår: *Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus opplever optimal smertelindring?*

#### 3.2 Litteratursøk og utvalgt artikler

I vår oppgave har vi valgt å bruke strukturert litteratursøking. På grunn av dette ble resultatene av søkingen begrenset med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

(Dalland, 2017, s. 156). Dette førte til at det ble enklere å finne artikler som svarte på vår hensikt, og det la dermed videre grunnlag for valg av søkeord. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier presenteres i tabell 1.

**Tabell 1: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert etter 2011	Artikler eldre enn 2011
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Innenfor sykehus	Ikke på sykehus
Smertelindring til personer med rusmiddelavhengighet	Ikke skandinavisk eller engelsk språk
Pasientperspektiv eller sykepleieperspektiv	

I forbindelse med litteratursøk ble det søkt i ulike aktuelle helsefaglige databaser: Academic Search Premier, Cinahl, Oria, PubMed og Svemed+. Disse databasene var aktuelle fordi vi kunne finne engelske og skandinaviske artikler som har fokus på sykepleiefaglige emner og som inneholder fagfellevurderte artikler (Friberg, 2017, s. 67).

Gjennom søkeprosessen var vi fokuserte på å finne artikler med pasienter sine og sykepleiere sine opplevelser og perspektiv i søkeordene. Dette fordi vi ønsket kun pasient- og sykepleieperspektiv i vår besvarelse. Søkeordene vi brukte ble satt i kombinasjon med hverandre og vi brukte ordet «AND» mellom søkeordene for å finne artikler som på best mulig måte traff hensikten med vår oppgave, og inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vi hadde satt (Dalland, 2017, s.156). Videre hadde vi et ønske om å finne artikler med studier som har funnet sted i Skandinavia, grunnet likhetene det kan være mellom helsevesenet i de skandinaviske landene. Da vi etter hvert erfarte at søket ble svært begrenset utvidet vi søkerhorisonten og åpnet opp for å finne forskning fra andre vestlige land som kan sammenliknes med Norge i forhold til helsevesen og levestandard.



Søkeordene vi benyttet oss av, samt våre utvalgte artikler presenteres i vedlegg 1: Litteratursøk.

### 3.3 Analyse av artikler

Artiklene ble analysert etter Friberg sin analysemodell (Friberg, 2017, s. 148-150). Vi begynte med å velge ut noen artikler som vi tenkte kunne være relevante for vår hensikt og problemstilling. Etter å ha lest gjennom artiklene, bestemte vi oss for hvilke av de utvalgte artiklene vi ønsket å besvare vår oppgave med. Etter å ha valgt ut fem vitenskapelige artikler, ble disse artiklene lest nøye for å sikre god forståelse for innholdet. Videre, for å holde oversikt over artiklene, lagde vi en oversiktstabell som inkluderte forfatter, perspektiv, hensikt, metode og resultat (Vedlegg 2) (Friberg, 2017, s. 148-150). Oversiktstabellen gjorde det lettere å identifisere likheter og ulikheter mellom hensikt, teori, metode, analyse og resultat (Friberg, 2017, s. 149). Likheter presenteres nedenfor i tabell 2: Hovedkategorier, og utdypes videre i kapittel 4- resultater.

**Tabell 2: Hovedkategorier**

<b>Hovedkategorier innenfor sykepleieperspektiv</b>	<b>Hovedkategorier innenfor pasientperspektiv</b>
Manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleiere	Manglende smertelindring og varierende omsorg
Holdninger og stigmatisering	Forsømt og oversett

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet skal vi gjøre rede for resultatene fra våre utvalgte forskningsartikler. Først presenteres hovedfunnene fra artiklene med sykepleieperspektiv, deretter presenteres hovedfunnene fra artiklene med pasientperspektiv.

### 4.1 Sykepleieperspektiv

I dette underkapittelet gjøres det rede for resultatene fra Andenæs et al. (2012) som inkluderte 274 deltakere og Neville & Roan (2014) som inkluderte 24 deltakere. Dette gjøres for å belyse sykepleiere sitt perspektiv. Hovedkategoriene vi har tatt for oss etter å ha analysert begge artiklene er «manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleiere» og «holdninger og stigmatisering.»

#### *4.1.1 Manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleiere*

I Andenæs et al., (2012) ble det gjort en undersøkelse med ulike utsagn og spørsmål som skulle fremheve deltakerne sin vurdering av egen kunnskap og kompetanse om smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet. I undersøkelsen skulle deltakerne på en skala fra 1 til 5, der 1 er lite kunnskap og 5 er mye kunnskap, prøve å rangere hvor de selv føler de ligger i forhold til spørsmålene og utsagnene som ble gitt. Deretter ble det lagt fram gjennomsnittssvar på de ulike spørsmålene og utsagnene (Andenæs et al., 2012, s. 256).

Gjennomsnittssvaret var på 2,46 i besvarelsen av spørsmålet «i hvilken grad har du kunnskaper om smertelindring til rusmisbrukere?» (Andenæs et al., 2012, s. 256). Det vil si at femti prosent av deltakerne følte at de hadde tilstrekkelige kunnskaper om smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet (Andenæs et al., 2012, s.256). Også i Neville & Roan (2014, s. 342) uttrykte flere sykepleiere mangel på kunnskap om pasienter med rusmiddelavhengighet, samt smertelindring til disse pasientene. Deltakerne ga uttrykk for at de følte seg ukomfortable i situasjoner som omhandlet pasienter grunnet

mangel på kunnskap og erfaringer i hvordan å være til stede for pasienter og å kommunisere med pasienter (Neville & Roan, 2014, s. 342).

Når utsagnet om at langvarig bruk av opioider fører til overfølsomhet for smerte, svarte cirka 45 % «vet ikke», mens omkring 48 % svarte at de var enige. Cirka 71 % svarte riktig svar, altså «ja», når det ble stilt spørsmål om pasienter trenger store doser opioider for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Andenæs et al., 2012, s. 257).

Tall fra Andenæs et al., (2012, s. 257) viser at omtrent 21 % av deltakerne var enige i at pasienter forteller sannheten om sine smerter. En deltakende sykepleier forteller gjennom dette sitatet at vedkommende blir mistenksom når pasienter uttrykker sine behov for smertelindrende medikamenter: «Seeing people with narcotic addiction has affected my view of patients who really are in pain and in need of pain medication for relief. Now I question anyone who constantly asks for pain medication» (Neville & Roan, 2014, s. 344).

Det viste seg dermed at nivået på deltakerne sin kunnskap var en del høyere når det kom til påstand om at det dannes en viss toleranse for opioider og at det dermed trengs større doser opioider for å oppnå effekt hos pasientene (Andenæs et al., 2012, s. 257). Selv om sykepleiere og leger er klar over og har kunnskap om at pasienter har høyere toleranse for opioider, får de ofte ikke høyere eller sterkere doser enn andre pasienter. Det kommer fram i studien at det kan være manglende samsvar mellom kunnskapen de har og hvordan de velger å anvende den kunnskapen (Andenæs et al., 2012, s.257).

Et felles funn i Andenæs et al., (2012, s. 256) og i Neville & Roan (2014, s. 342) er at flere av sykepleierne som deltok ga uttrykk for at de opplevde å føle seg manipulerte av pasienter med rusmiddelavhengighet, spesielt når det kom til smerter og utdeling av smertelindrende medikamenter.

#### *4.1.2 Holdninger og stigmatisering*

Flere av deltakerne i Andenæs et al., (2012, s. 256) og i Neville & Roan (2014, s. 342-343) uttrykte negative holdninger og stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet. Det ble gjort en undersøkelse i forhold til sykepleierne sine holdninger i Andenæs et al., (2012), hvor deltakerne fra tallet 1 til 5, der 1 er helt enig og 5 er helt uenig, skulle svare på

utsagnet «jeg opplever at sykepleierne er positive til smertebehandling av rusmisbrukere». Gjennomsnittsvaret på utsagnet var på 2,71. Det viser at over halvparten av deltakerne i studien er uenige i at sykepleiere er positive til smertebehandling av pasienter med rusmiddelavhengighet (Andenæs et al., 2012, s. 256).

Deltakerne i Neville & Roan (2014, s. 342) ble spurt om sine egne tanker og følelser knyttet til å jobbe med pasienter med rusmiddelavhengighet. Svarene ble delt inn i kategorier etter hvilke svar deltakerne ga, for eksempel i kategoriene etikk, negative holdninger, kunnskap og medfølelse. Ut ifra svarene ser en at det er flere negative holdninger enn positive holdninger overfor pasientgruppen (Neville & Roan, 2014, s. 342). Samtidig vises det i kategorien om etikk at noen deltakende sykepleiere mener at de behandler denne pasientgruppen som alle andre pasientgrupper. En deltaker fortalte at vedkommende mente at pasienter med rusmiddelavhengighet er innlagt for å få hjelp og burde dermed bli møtt med medfølelse og forståelse, slik som andre pasienter blir møtt (Neville & Roan, 2014, s. 342). Dette uttrykkes i sitatet: «These patients are here for help. My feelings are irrelevant. It's about them, not about me» (Neville & Roan, 2014, s. 343).

Andenæs et al., (2012, s. 258) viser til at sykepleiere gjerne ikke ønsker å bruke like mye tid på pasienter med rusmiddelavhengighet som andre pasienter, fordi de ofte kan se på rusmiddelavhengighet som selvforskyldt. Det uttrykkes videre i Andenæs et al., (2012, s. 258) at det er et kjent fenomen at holdningene til sykepleiere og annet helsepersonell påvirker behandlingen pasientgruppen får.

Flere deltakende sykepleiere i Neville & Roan (2014, s. 342) uttrykte en redsel for sin egen sikkerhet, og at dette fører til at det blir utfordrende å utføre god sykepleie og å gi omsorg til pasientgruppen. Flere deltakere fortalte at de opplevde at noen pasienter kunne opptre truende og aggressive, og at de dermed følte for å først og fremst beskytte seg selv.

Like under halvparten av deltakende sykepleiere i Andenæs et al. (2012, s. 256) var usikre eller uenige i om rusmiddelavhengighet er en sykdom. Resten av deltakerne var enige i at det er en sykdom. I Neville & Roan (2014, s. 341) uttrykte en deltaker at hun selv mente at rusmiddelavhengighet er en sykdom, på lik linje som alle andre sykdommer. En annen deltaker ga uttrykk for at hun selv ikke ønsket å utøve sykepleie til pasientgruppen, på lik linje som til andre pasienter som hun selv mener virkelig er fysisk syke: «...They are

manipulative and needy and drug seeking and take time away from other patients who are really physically sick and dependent on my nursing care» (Neville & Roan, 2014, s. 341).

Ved påstand om at pasienter med rusmiddelavhengighet manipulerer helsepersonell for å få opioider, lå gjennomsnittssvaret på 1,47. Det vil si at 70 % av sykepleierne mente at pasienter i pasientgruppen manipulerer helsepersonell (Andenæs et al., 2012, s. 256). Dette er også et funn i Neville & Roan (2014, s. 342), der noen av deltakerne fortalte at de følte seg manipulerte av pasientgruppen og at de følte at pasienter prøvde å få tak i narkotiske legemidler på feil grunnlag.

I underkant av en av fire deltakere, både leger og sykepleiere i Andenæs et al. (2012, s. 258), fortalte at de brukte å kartlegge pasientene sine smerter ved å bruke smertekartleggingsverktøy. Det kommer fram at mangel på bruk av smertekartleggingsverktøy kunne være et resultat på mangel av kunnskap om kombinasjonen av rusmiddelavhengighet, smerte og behandling. Det ble også fortalt at det kunne være knyttet til helsepersonellet sine negative holdninger til og stigmatisering av pasienter med rusmiddelavhengighet (Andenæs et al., 2012, s.258).

## 4.2 Pasientperspektiv

I dette underkapittelet gjøres det rede for resultater fra Blay et al. (2012); Carusone et al. (2019); Simon et al. (2020). De tre studiene inkluderte 15-27 deltakere. Dette gjøres for å belyse pasienter sitt perspektiv. Hovedkategoriene vi har tatt for oss etter å ha analysert de tre artiklene er «manglende smertelindring og varierende grad av omsorg» og «forsømt og oversett».

### *4.2.1 Manglende smertelindring og varierende grad av omsorg*

I Blay et al. (2012); Carusone et al. (2019); Simon et al. (2020) uttrykte flere av deltakerne at de ikke fikk optimal smertelindring under innleggelse på sykehus. I Blay et al. (2012, s. 293) oppga en tredjedel, rundt 36% av deltakerne, god effekt av smertelindrende

medikamenter de fikk mot akutte smerter, mens flertallet, cirka 54 %, uttrykte å ikke ha god effekt av smertelindrende medikamenter mot deres akutte smerter.

En deltaker fortalte at hun selv ble behandlet som en narkoman når hun etterspurte smertelindrende medikamenter, og forteller videre at sykepleierne nektet å gi henne høyere dose enn det som var satt (Blay et al., 2012, s. 293). I Simon et al. (2020, s. 521) fortalte en deltaker om et hypotetisk scenario der to pasienter er innlagt på akuttmottaket med magesmerter. Den ene har historikk med rusbruk, og den andre har ikke. Deltakeren fortalte at sykepleierne kom til å behandle personen uten rushistorikk før personen med rushistorikk, samt å gi personen uten rushistorikk smertelindrende medikamenter før den andre personen. Dette ble også vist i Carusone et al. (2019, s. 5) ved at en deltaker med Crohns sykdom fortalte om en hendelse der hun selv en gang ble innlagt med store magesmerter, men ikke fikk smertelindrende medikamenter. Deltakeren mente at hun selv ikke fikk smertelindrende medikamenter grunnet at det i hennes egen journal tydelig sto at hun har misbrukt rusmidler. En deltaker i Simon et al. (2020, s. 521) uttrykte følelsen av ikke å bli lyttet til av helsepersonell når hun uttrykte sine egne smerter, samt at helsepersonellet ikke ønsket å gi pasienten smertelindrende medikamenter fordi de mente pasienten ønsket å bli høy.

I Blay et al. (2012); Carusone et al. (2019); Simon et al. (2020) uttrykte deltakerne at de opplevde forskjellig effekt av forskjellige typer smertelindrende medikamenter. I Blay et al. (2012, s. 294) var cirka 82 % av deltakerne som fikk opioider tilfreds med deres egen opplevelse av smertelindring, og cirka 75% mente at de selv hadde god effekt av opioider. Deltakerne som uttrykte at de ikke opplevde optimal smertelindring, mente ofte at morfin ville vært mer effektiv mot smertene. Dette var også et funn i Carusone et al. (2019, s. 6), der en deltaker fortalte om redsel for å fortelle om rusbruken sin til helsepersonell, ettersom at det kunne føre til dårligere tilbud av smertelindring.

Noen deltakere i Carusone et al. (2019, s. 6) og i Simon et al. (2020, s. 522) uttrykte at mangel i smertelindring, samt dårlig omsorg førte til at de selv skrev seg ut tidligere fra sykehuset mot medisinske råd. Det ble av noen deltakere rapportert at de etter utskrivelse brukte rusmidler for å håndtere smertene sine på egenhånd. En deltaker omtalte dette som selvmedisinering (Simon et al., 2020, s. 522).

Deltakende pasienter fortalte at de selv hadde ulike strategier for å komme gjennom sykehusoppholdet på. En strategi var å være en «enkel pasient», ved å være på sitt beste i oppførsel og for eksempel ikke be om smertelindrende medikamenter når de hadde behov for det (Carusone et al., 2019, s. 6). En annen strategi som noen deltakere valgte å bruke, var å gjøre nytte av sin egen kunnskap om sykehus og deres egne rettigheter, samt å være direkte med helsepersonell om hva de selv følte de trengte (Carusone et al., 2019, s. 6). For noen pasienter ble tilstrekkelig smertelindring oppnådd etter betydelige forsinkelser i utdeling av medikamenter, samt etter å ha brukt strategien om å bruke sine egne kunnskaper om sykehus og vite om sine egne rettigheter (Carusone et al., 2019, s. 5).

Flere deltakende pasienter fortalte om positive opplevelser fra sykehusinnleggelse, der de uttrykte takknemlighet og erkjente at helsepersonell prøvde så godt de kunne å redusere smertene til pasientene (Blay et al., 2012, s. 294). En deltaker fortalte at det må være et godt samarbeid mellom pasienten og helsepersonellet for at det skal kunne oppnås optimal smertelindring (Blay et al., 2012, s. 294).

#### *4.2.2 Forsømt og oversett*

I Blay et al. (2012); Carusone et al. (2019); Simon et al. (2020) uttrykte flere av deltakerne følelsen av å bli diskriminert og stigmatisert under sykehusinnleggelse for å ha historikk med rusmiddelbruk. Det fortelles at å være stigmatisert av helsepersonell oppleves som å bli dømt og å få et stempel av hvordan en er, før helsepersonell har rukket å bli kjent med deg (Simon et al., 2020, s. 521). En deltaker uttrykte også en opplevelse av å ikke få den samme pleien som andre pasienter (Simon et al., 2020, s. 521). En annen deltaker følte på det samme ved at vedkommende opplevde at helsepersonell var kortere i talen og ofte «visste» hva vedkommende trengte istedenfor for å spørre. Dette førte til at vedkommende følte at helsepersonellet ikke ønsket å bli kjent med vedkommende som person (Carusone et al., 2019, s. 4). Et sitat fra en annen deltaker viser hvordan det oppleves å bli stigmatisert:

«it's a stereotype, the way some of the doctors and nurses will treat you. They have their own diagnosis of you, and if there's drugs involved, your diagnosis is done. They do not need to look further, that's it; that's all» (Carusone et al., 2019, s. 4).

Mange deltakere uttrykte at de følte at stigmatiseringen påvirket kvaliteten og effektiviteten på pleien de fikk (Carusone et al., 2019, s. 4).

Et hovedtema som gikk igjen var at deltakerne kjente på en følelse av å ikke bli tatt på alvor slik som andre pasienter ble, selv om de kom inn med samme somatiske problem (Simon et al., 2020, s. 521). I Carusone et al. (2019, s. 4) fortalte en deltaker om en hendelse der vedkommende var med sin akutt syke venn inn på akuttmottaket. På akuttmottaket ble de plassert på et pasientrom helt nederst i gangen der de ikke kunne se noen andre. Vedkommende fortalte at vennen som ble innlagt sluttet å puste flere ganger, og at vedkommende dermed løp ut og sa til de ansatte: «If anybody cares, the drug addict in the back here, may be dying» (Carusone et al., 2019, s. 4). Pasienten forteller videre at en sikkerhetsvakt kom og truet med utkastelse fra akuttmottaket hvis dette gjentok seg. Den akutt syke vennen til deltakeren endte opp med å ligge inne på sykehuset i tre uker grunnet en lungebetennelse (Carusone et al., 2019, s. 4). En lignende historie ble fortalt av en deltaker i Simon et al. (2020, s. 521), der en pasient kom inn til sykehuset med en infisert abscess. Deltakeren fortalte at hun selv ikke ble møtt med omsorg av sykepleierne og at sykepleierne ga beskjed om at vedkommende burde tenke seg om en gang til før hun velger å ruse seg selv.

Deltakende pasienter fortalte at de selv tenkte at forsinkelser i medisintilføringen kunne være et resultat av negative holdninger overfor pasienter med rusmiddelavhengighet (Blay et al., 2012, s. 293). Dette uttrykkes av en deltaker: «I was really in bad pain. I kept calling out and no one came. It was so bad I started screaming. (Participant 18; admission)» (Blay et al., 2012, s. 293).

Flere deltakende pasienter ga uttrykk for at følelsen av å ikke klare å vinne tilliten til helsepersonellet grunnet rushistorikk. En deltaker fortalte at på grunn av at han selv hadde en historikk med rusmidler, følte det ut som at han selv ble sett på som en kriminell (Simon et al., 2020, s. 521).

Negative opplevelser fra tidligere innleggelses på sykehus påvirket mange av deltakerne negativt i å søke hjelp av sykehuset. Deltakerne uttrykte en redsel for å bli stigmatisert av helsepersonell (Carusone et al., 2019, s. 6). Samtidig var det noen deltakere som uttrykte å ha positive opplevelser fra tidligere innleggelses, og satt igjen med en følelse av å ikke bli stigmatisert (Carusone et al., 2019, s. 3). I Blay et al. (2012, s. 294) ga flere deltakere



uttrykk for at helsepersonellet gjorde sitt beste for å smertelindre pasientene. I Carusone et al. (2019, s. 5) og i Simon et al. (2020, s. 521) uttrykte deltakere at pleie og smertelindring opplevdes forskjellig ut ifra hvilket sykehus de selv hadde vært innlagt på.

## 5.0 Diskusjon

Dette kapittelet består av to underkapitler- metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjon diskuterer vi styrker og svakheter ved utvalgte artikler, samt artiklene sin troverdighet og gyldighet. Vi argumenterer også for valg av metoder som ble brukt i de ulike studiene. I resultatdiskusjon diskuterer vi resultatene fra de utvalgte studiene i lys av sykepleieteori og retningslinjer, samt egne refleksjoner for å gi et faglig begrunnet svar på vår problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus opplever optimal smertelindring?*

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Land og arena for studiene

En av forskningsartiklene er utarbeidet i Norge (Andenæs et al., 2012), mens to er utarbeidet i USA (Neville & Roan, 2014 & Simon et al., 2020), én i Canada (Carusone et al., 2019) og én i Australia (Blay et al., 2012). Opprinnelig ønsket vi å finne artikler fra skandinaviske land, men grunnet lite forskning rundt dette temaet valgte vi å inkludere forskning fra andre land. Grunnen til at vi valgte artikler fra USA, Canada og Australia, er fordi det er tilnærmet likt helsevesen og lik kultur i de vestlige landene.

Et av våre inklusjonskriterier for artiklene var at de ikke skulle være eldre enn ti år, grunnet at det kan ha oppstått ny forskning og kunnskap. To av våre utvalgte artikler ble utgitt i 2012 (Andenæs et al., 2012 & Blay et al., 2012), og vi vil understreke at det kan ha oppstått endringer i forskning og kunnskap om smertelindring til personer med rusmiddelavhengighet siden den tid. For å trekke inn nyere kunnskap har vi tre artikler fra 2014, 2019 og 2020 (Carusone et al., 2019; Neville & Roan, 2014; Simon et al., 2020). Lite funn av artikler kan vise til at dette er et tema som bør forskes mer på. Tidspunktet for når forskningen er gjort, har betydning for om det er av god nok kvalitet (Friberg, 2017, s. 56).

### *5.1.2 Forskernes bakgrunn og valg av databaser*

Å undersøke hvem forfatterne er og hvilken kompetanse de har, er med på å sikre troverdigheten til de utvalgte artiklene. Alle fem studiene er utført av kvalifiserte fagpersoner, som gjør at troverdigheten styrkes (Friberg, 2017, s. 56). Kvalifiserte fagpersoner i våre utvalgte artikler er blant annet sykepleiere med eller uten videreutdanning, forfattere innenfor kliniske studier, professorer og forskere innen helsefag og sosialt arbeid.

Det ble i tillegg brukt vitenskapelige databaser i søkningen av artiklene, dette sikrer også troverdigheten (Dalland, 2017, s. 154). Vi valgte å bruke Svemed+ som en av våre databaser. De har ikke publisert artikler etter 2019. Vi valgte fremdeles å benytte oss av denne databasen, da vi tenker at artikler publisert helt tilbake til 2011 kunne være relevante og aktuelle for oss.

### *5.1.3 Studienes deltakere*

Flertallet av deltakende sykepleiere i Neville & Roan (2014, s. 341) var kvinner. Deltakerne sitt kjønn ble ikke oppgitt i Andenæs et al. (2012), og det kan bli sett på som en svakhet ettersom at det kan tenkes at kjønn kan påvirke en person sin opplevelse av hendelser. Alderen blant deltakerne var veldig varierende og strakk seg fra 20 år til over 50 år. Erfaringene deres var også veldig varierende (Andenæs et al., 2012, s. 255 & Neville & Roan, 2014, s. 341). I Andenæs et al. (2012, s. 255) svarte flertallet at de var i kontakt med pasienter med rusmiddelavhengighet én gang i måneden eller oftere. I begge studiene arbeidet deltakerne på somatiske avdelinger på sykehus (Andenæs et al., 2012, s. 254 & Neville & Roan, 2014, s. 340-341). I Neville & Roan (2014, s. 340) var det 24 deltakere. I Andenæs et al. (2012, s. 255) var både leger og sykepleiere inkludert som deltakere. Det ble skilt mellom svar fra sykepleierne og svar fra legene i artikkelen og vi har tatt utgangspunkt i svar fra 274 sykepleiere. Inklusjonskriterier for deltakere i de to studiene, var at de skulle være sykepleiere eller spesialsykepleiere, jobbe i somatiske avdelinger og at de hadde arbeidet klinisk med pasienter med rusmiddelavhengighet. At deltakerne har

hatt klinisk erfaring med denne pasientgruppen, styrker vår hensikt med å belyse sykepleiere sine erfaringer med denne pasientgruppen. Det kan tenkes at kjønn, alder og arbeidserfaring kan ha påvirket hvordan deltakerne svarte på spørsmålene. Variasjon mellom antall deltakere kan ha påvirket svarene i studiene.

I Andenæs et al. (2012, s. 254) deltok det sykepleiere fra fire norske sykehus som arbeidet innenfor forskjellige somatiske avdelinger. Dette gjør at vi i denne studien kan se mer jevnt fordelte svar, ettersom at deltakerne mest sannsynlig har forskjellige erfaringer og at de har hatt ansvar for forskjellige pasienter. Om undersøkelsen hadde funnet sted på kun én avdeling på et sykehus, kan det tenkes at svarene hadde vært nokså like og at det ikke hadde representert et mangfold av sykepleiere sine meninger. I Neville & Roan (2014, s. 340-341) finner undersøkelsen sted på fem forskjellige avdelinger innenfor samme sykehus. At undersøkelsen finner sted på fem forskjellige avdelinger, kan vi se på som positivt fordi det representerer flere deler av sykehuset. At det kun er et sykehus med i undersøkelsen, kan vi se på som negativt fordi vi får innblikk i meninger til sykepleiere fra kun et lite geografisk område.

I artiklene med pasientperspektiv (Blay et al., 2012, s. 292; Carusone et al., 2019, s. 3 & Simon et al., 2020, s. 520) varierte deltakertallet mellom 15-27 stykk. Flertallet av deltakerne var menn og alderen varierte fra 20-60 år. De fleste var innlagt på medisinske eller kirurgiske avdelinger grunnet fysiske skader eller ulykker, det var også noen som kom inn som følge av overdose. Inklusjonskriterier for deltakere var at de måtte ha vært innlagt på somatisk avdeling på sykehus i løpet av det siste året, samt at de brukte rusmidler regelmessig. Deltakerne i de tre studiene (Blay et al., 2012; Carusone et al., 2019 & Simon et al., 2020) oppfylte våre inklusjonskriterier, og det førte til at det ble enklere for oss å svare på hensikten med vår oppgave.

En svakhet i Blay et al. (2012, s. 292) er at deltakertallet ble mindre desto flere timer det hadde gått etter innleggelse. Ved innleggelse var det 25 deltakere mens det var 18 deltakere igjen 96 timer senere. Dette kan ses på som en svakhet ettersom at disse deltakerne ikke har en innvirkning på det endelige resultatet av undersøkelsen.

#### *5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming*

Hensikten med vår oppgave er å belyse både pasienter sitt og sykepleiere sitt perspektiv. Årsaken til at vi valgte å ta med både pasient- og sykepleierperspektiv, er fordi vi hadde et ønske om å få med personlige erfaringer og meninger fra begge sider. Vi tenkte at ved å inkludere pasientperspektiv, kan sykepleiere tilegne seg mer kunnskap som kan brukes i praksis.

Det kan tenkes at kvalitativ tilnærming er den beste metoden for å kunne besvare vår hensikt med oppgaven, samt besvare på vår problemstilling. I søk etter artikler endte vi derimot opp med tre artikler med kvalitativ tilnærming, én artikkel med kvantitativ tilnærming og én artikkel med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. I ettertid ser vi på det som positivt, da vi etter hvert i søkningen så at å inkludere artikler med både kvalitativ tilnærming og kvantitativ tilnærming, kunne besvare vår hensikt fra et bredere perspektiv. Ved å bruke studier med kvalitativ tilnærming, fikk vi innblikk i deltakerne sine personlige meninger og erfaringer på et dypere plan, ettersom at det ble svart mer detaljert på spørsmålene som var en del av studiene (Dalland, 2017, s. 52-53). Studiene med kvalitativ tilnærming hadde større fokus på holdninger og stigmatisering, i tillegg til smertelindring, som gjorde at vi klarte å forstå sammenhengen mellom holdninger og smertelindring på en bedre måte. I den kvantitative studien fikk vi et mer overfladisk overblikk over flere spørsmål vi ønsket svar på, men vi fikk ikke det personlige svaret som vi ønsket oss (Dalland, 2017, s. 52-53). Deltakertallet i den kvantitative studien var relativt høyt, sammenliknet med de andre utvalgte studiene. I tillegg arbeidet deltakerne på ulike avdelinger og ulike sykehus rundt om i Norge. Dette gjorde at vi, gjennom den kvantitative studien, kunne få en større forståelse av temaet fra en betraktelig større folkemengde sine kunnskaper og holdninger (Dalland, 2017, s. 52-53). I ettertid tenker vi at det kunne vært interessant å se om det kunne vært betydelig forskjell i svarene som ble gitt, basert på deltakerne sin alder, kjønn og kliniske erfaring.

### *5.1.5 Begrensninger*

Det fins flere begrensninger i oppgaven, som blant annet vår egen kunnskap om utførelse av litteraturstudier og analysering av artikler. Hvis vi hadde hatt mer erfaring, kunne vi hatt bedre søk med mer relevante og gyldige funn av artikler. Vi kunne valgt å begynne søkningen etter artikler og å finne tema for oppgaven tidligere enn vi gjorde. Vi kunne

også hatt et bedre system i søkningen vår, samt å ha bedre kontroll i hvordan å analysere artikler. I oppgaven vår har vi valgt ut fem artikler, men vi ser i ettertid at vi like gjerne hadde klart oss med kun fire. Da hadde vi muligens også kunnet gått mer detaljert inn i de utvalgte artiklene våre. Fire av de utvalgte artiklene er skrevet på engelsk og av den grunn kan vi ikke utelukke at noe kan være feiltolket i et forsøk på å oversette deler av artiklene til norsk.

I søkningen etter artikler fikk vi mange treff når vi anvendte våre søkeord, jf. Vedlegg 1: Litteratursøk. Vi ser i ettertid at vi kunne avgrenset søkeordene våre enda mer for å få færre og mer spesifikke treff på artikler som er relevante for vår problemstilling og hensikt. Vi måtte utelukke flere artikler i søk etter artikler som kunne hjulpet oss å besvare problemstillingen og hensikten vår. En artikkel vi først så på som relevant, inneholdt forskning fra utenfor sykehus. En annen artikkel vi så på som relevant omhandlet smertelindring til pasienter med kroniske smerter, mens vi var ut etter smertelindring til pasienter med akutte smerter.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### *5.2.1 Mangel på kunnskap hos sykepleiere*

Som tidligere beskrevet i teorikapittelet, fortalte vi at identifisering og kartlegging av smerte er en vesentlig oppgave for å kunne tilby pasienter optimal smertelindring (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 388-390). Selv om det blir sett på som en vesentlig oppgave, viste det seg i våre utvalgte studier at et flertall av sykepleierne ikke kartla smerter hos pasienter med rusmiddelavhengighet (Andenæs et al., 2012, s. 257). Det opplyses om at mangel på bruk av smertekartleggingsverktøy kan være et resultat av negative holdninger hos helsepersonell og manglende rutiner for smertekartlegging i avdelingen (Andenæs et al., 2012, s. 258). Vi selv opplever at sykepleierstudiet har en god del fokus på identifisering og kartlegging av smerte i undervisningen, men at det ikke blir viet like mye fokus til ute i praksisfeltet. Numerisk skala ses på som en enkel måte å kartlegge smerter på og dermed kan det bli anvendt en god del i praksis (Danielsen & Berntzen, 2016, s. 391). Det kan tenkes at hvis sykepleiere hadde hatt bedre kunnskap i

hvordan å kartlegge smerter, kunne det bidratt til at flere sykepleiere faktisk hadde kartlagt pasienter sine smerter, som igjen kunne ført til at pasienten opplevde bedre smertelindring.

Funnene i Andenæs et al. (2012, s. 256) viste at mange deltakende sykepleiere hadde en utfordring med å stole på pasientene når de uttrykte smerter. Flere ga uttrykk for at de følte seg lurt av pasientene fordi de tenkte at pasientene ønsket smertelindrende medikamenter for rusen sin del og ikke fordi de hadde smerter. I Neville & Roan (2014, s. 342) ble det uttrykt av flere deltakere at de selv var redde for sin egen sikkerhet rundt pasienter med rusmiddelavhengighet og at de prioriterte å beskytte seg selv fremfor å bli kjent med og å utøve god nok sykepleie til pasientene. Med dette forstår vi at det kan tenkes at sykepleierne sin redsel kan påvirke relasjonen med pasientene, som igjen kan påvirke hvor mye de klarer å stole på pasientene og hvor mye de tar pasientene sine smerter på alvor. Travelbee fremhever viktigheten av å bli kjent med pasienten som et individ og ikke bare som nok en syk pasient (Travelbee, 1999, s. 182). Ut ifra egne erfaringer fra praksis som sykepleierstudenter på somatiske avdelinger, har vi opplevd at å vise omsorg og å bli kjent med pasienten fort kan bli glemt i en rutinepreget arbeidshverdag, der det ofte kan være større fokus på det administrative arbeidet og å fullføre sine arbeidsoppgaver.

I Andenæs et al. (2012, s. 257) viste det seg at flertallet av deltakende sykepleiere hadde god kunnskap om at pasienter med rusmiddelavhengighet har dannet seg en viss toleranse mot opioider. De hadde dermed også gode kunnskaper om at disse pasientene trenger større doser av opioide smertelindrende medikamenter for å oppnå optimal smertelindring (Andenæs et al., 2012, s. 257). Selv om flere av sykepleierne hadde god kunnskap om dette, viste det seg at pasientene ikke fikk større doser opioider (Andenæs et al., 2012, s. 257). Som tidligere nevnt i teoridelen vår skal sykepleiere ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3, sørge for å ivareta den enkelte pasient sitt behov for en helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Smertelindring er en del av helhetlig omsorg. Mangel på smertelindring sett fra pasienter sitt perspektiv, var noe vi var forberedt på å finne i artiklene vi hadde valgt ut. Dette viste seg å stemme, ettersom at vi kan se at flere av de deltakende pasientene uttrykte at de ikke opplevde optimal smertelindring under innleggelse på sykehus (Blay et al., 2012, s. 293; Carusone et al., 2019, s. 6 & Simon et al., 2020, s. 521-522).

I Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer punkt 1.1, står det at «sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Vi vil hevde at det kan føre til brudd på de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019) når en sykepleier har kompetanse om at en pasient trenger større doser eller høyere styrke av opioider, men ikke velger å anvende denne kompetansen (Andenæs et al., 2012, s. 257). Pleielidelse kan være en konsekvens av mangel på optimal smertelindring, ettersom at det er uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s. 74). Sykdomslidelse kan også oppstå hos pasienter som ikke får optimal smertelindring, ettersom at de blir sittende igjen med smerter som egentlig kunne vært lindret (Eriksson, 1995, s. 67).

### *5.2.2 Stigma og holdninger*

Et felles funn i Blay et al. (2012); Carusone et al. (2019) & Simon et al. (2020), var at deltakerne hadde en følelse av å bli diskriminerte og stigmatiserte under sykehusinnleggelse for å ha en historikk med bruk av rusmidler. Noen deltakende pasienter uttrykte en følelse av at helsepersonell ikke ønsket å knytte kjennskap, samt at personellet var kort i samhandling med pasienter med rusmiddelavhengighet (Carusone et al., 2019, s. 4). Negative holdninger mot pasienter med rusmiddelavhengighet ble også uttrykt av noen deltakende sykepleiere i studien til Andenæs et al. (2012, s. 256) og Neville & Roan (2014, s. 341). Over halvparten av deltakerne i Andenæs et al. (2012, s. 256) var uenig i påstanden om at sykepleiere er positive til smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet. Samlet resultat fra begge artiklene med sykepleieperspektiv, viser også at det er delte meninger i om rusmiddelavhengighet er en sykdom eller ei (Andenæs et al, 2012, s. 256; Neville & Roan, 2014, s. 341).

I Andenæs et al. (2012, s. 258) uttrykte cirka halvparten av deltakende sykepleiere at de var usikre eller uenige i om rusmiddelavhengighet kan defineres som en sykdom. En deltakende sykepleier i Neville & Roan (2014, s. 341) mente også at rusmiddelavhengighet var selvforskyldt og vedkommende ønsket derfor ikke å bruke like mye tid på denne pasientgruppen. Med dette forstår vi at sykepleierne sine mangler på kunnskap om at rusmiddelavhengighet er en sykdom eller ei, samt at noen ser på det som selvforskyldt, kan ha en negativ innvirkning i dannelse av en relasjon til pasienten, i tillegg til hvor mye



sykepleieren tar pasienten på alvor. Samtidig opplever vi, ut ifra dette, at sykepleiere ikke prioriterer eller møter denne pasientgruppen med samme omsorg som de møter andre pasienter med, ettersom at det er en mulighet for at de ikke ser på pasienter med rusmiddelavhengighet som like verdifulle som andre pasienter. Det var et kjent fenomen (Andenæs et al., 2012, s. 258) at holdningene til sykepleiere og annet helsepersonell påvirket behandlingen pasienter med rusmiddelavhengighet fikk.

Funnene tyder dermed på at mange sykepleiere møter pasientgruppen med en negativ holdning (Andenæs et al., 2012, s.256 & Neville & Roan, 2014, s. 341-344). At deltakende sykepleiere selv kommer med påstander om at de har negative holdninger, underbygger pasientene sine opplevelser om at sykepleiere har negative holdninger mot pasientgruppen. Konsekvensen av at sykepleiere møter pasientgruppen med negative holdninger fra begynnelsen av, kan være at sykepleierne ikke klarer å bygge et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171), som igjen kan føre til at sykepleierne ikke får kjennskap til pasienten som et individ. Det kan også tenkes at det kan skapes et maktforhold der sykepleieren sitter med makten (Travelbee, 1999, s. 171: 182). Vi vil hevde at dersom flere sykepleiere tar seg bedre tid til å bli kjent med selve pasienten, kan pasienten føle seg mer ivaretatt og lyttet til. Det kan styrke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, som igjen kan føre til en positiv innvirkning på pasienten sin opplevelse av smertelindring.

Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere «vise respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Travelbee fremhever at det er naturlig at en sykepleier har fordommer (Travelbee, 1999, s. 177). Dersom sykepleieren sine fordommer påvirker pasienten på en negativ måte, kan det tenkes at pasienten kjenner på pleielidelse i form av at vedkommende sin verdighet kan bli krenket (Eriksson, 1995, s. 71). Dersom sykepleieren er bevisst over sine egne fordommer og hvordan fordommene påvirker vedkommende i møte med pasienten, kan krenkelse av pasienten sin verdighet, og dermed pleielidelse unngås (Travelbee, 1999, s. 177).

### *5.2.3 Holdninger sin betydning for smertelindring*

I Den Norske Legeforening sine retningslinjer (2009, s. 33) fremheves viktigheten av at pasienter med rusmiddelavhengighet har behov for større doser opioide smertelindrende medikamenter enn det andre pasienter har, dette for å sikre optimal smertelindring. I Carusone et al. (2019, s. 5) og i Simon et al. (2020, s. 522) viste det seg at mangel på smertelindring og dårlig omsorg førte til at noen deltakere skrev seg selv ut tidligere fra sykehuset mot medisinske råd. Deltakere som skrev seg selv ut tidligere, fortalte at de etter utskrivelsen brukte rusmidler for å selvmedisinere seg mot smertene sine (Simon et al, 2020, s. 522).

I praksis har vi selv erfart at pasienter med rusmiddelavhengighet har gitt uttrykk for at de har et behov for mer smertelindrende medikamenter, men at de ikke har fått dette. Som følge av både dårlig smertelindring og en følelse av at helsepersonellet ikke bryr seg, har flere pasienter skrevet seg ut fra sykehuset mot medisinske råd, men på eget ansvar. Flere pasienter i Simon et al. (2020, s. 521) uttrykte å ikke bli tatt på alvor av helsepersonellet. I Carusone et al. (2019, s. 4) uttrykte pasienter at stigmatisering gjorde kvaliteten på pleien dårligere. Pasientene fortalte også at de ikke følte seg respekterte eller behandlet likt som andre pasienter. Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2019) sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3, skal sykepleieren streve for å tilby helhetlig omsorg. Med utgangspunkt fra våre utvalgte artikler og fra egne erfaringer i praksis, kan det virke som at sykepleiere ikke prøver å gi pasienter med rusmiddelavhengighet den helhetlige omsorgen de egentlig har krav på. Vi forstår det slik at dersom sykepleiere får tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet og rusmiddelavhengighet som en sykdom, kan det skje en positiv endring av helsepersonell sine holdninger overfor pasientgruppen. En slik endring kan i beste fall føre til at pasientene får en bedre opplevelse av å være innlagt på sykehus, som igjen kan sørge for mer optimal smertelindring.

### 5.3 Konklusjon

Vi konkluderer med at mangel på kunnskap om identifisering og kartlegging av smerte, samt mangel på kunnskap om smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på sykehus, er faktorer som påvirker pasientene sine opplevelser av smertelindring

på en negativ måte. Negative holdninger og stigmatisering fra sykepleiere er også med på å påvirke pasientene sine opplevelser av pleie og smertelindring. De negative holdningene kan resultere i at pasientene ikke opplever optimal smertelindring, ved at pasientene ikke føler seg ivaretatte, samt kjenner på pleielidelse i form av krenkelse av egen verdighet.

## 6.0 Anvendelse i praksis

Sykepleiere har en viktig funksjon i forhold til identifisering og kartlegging av smerte. Funn fra våre utvalgte artikler viser at flere sykepleiere ikke har nok kunnskap om dette. Pasienter fra utvalgte studier uttrykte følelsen av å ikke bli trodd på når de ytret sine egne smerter, samt at de følte seg forskjellsbehandlet, sammenliknet med andre pasienter. Sykepleiere skal møte alle pasienter med respekt og tilstrebe en helhetlig omsorg for alle pasienter. Vi vil presentere forslag vi tenker at kan føre til forbedring av sykepleiere sine kunnskaper omkring rus og smertelindring til pasienter med rusavhengighet, samt forbedring av sykepleiere sine holdninger i møte med pasientgruppen. Forslagene har til hensikt å øke sykepleiere sine kunnskaper, samt endre deres holdninger overfor pasienter med rusmiddelavhengighet. Nedenfor presenterer vi våre forslag:

- Vi foreslår at ledelsen i en avdeling setter opp fagdager for sykepleiere og annet helsepersonell. Fagdage bør ha fokus på undervisning omkring rus og hvordan å utøve god sykepleie og gi optimal smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet.
- Et annet forslag kan være at det i sykepleierutdanningen blir gitt en grundigere opplæring i hvordan å identifisere og kartlegge pasienter sine smerter. Vi ser også for oss at sykepleiere og sykepleierstudenter bør få en grundigere opplæring i hvordan å anvende smertekartleggingsverktøy i praksis.
- Det anbefales at det dannes refleksjonsgrupper i en avdeling. Gruppene bør ha som hensikt å snakke om etisk utfordrende situasjoner som oppstår i praksis, spesielt med fokus på situasjoner som omhandler pasienter med rusmiddelavhengighet. Dette for at sykepleierne selv skal bli mer bevisste over egen atferd i møte med pasienter, samt å drøfte hvordan å håndtere vanskelige situasjoner bedre til neste gang. Refleksjonsgrupper bør hjelpe de ansatte i å tilstrebe en bedre holdning overfor pasientgruppen.
- Ettersom at flere sykepleiere har uttrykt å være redde for sin egen sikkerhet rundt agiterte pasienter, mener vi at sykepleiere kan ha nytte av kurs i MAP- møte med

Kandidatnummer: 6124 & 6182

agresjonsproblematikk. Kurset kan være med på å trygge ansatte i møte med pasientgruppen, og bør tilbys regelmessig til alle ansatte i en avdeling.

## Litteraturliste

Andenæs, R., Li, R., Nåden, D. & Undall, E. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 2012 7(3), s. 252- 260.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0131>

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S., & Lamont, F. (2012). Substance users' perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(2), s. 289–297.

<https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.289>

Carusone, S. C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., Prinse, K-D., Cobb, G., Upshur, R. & Strike, C. (2019). «Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?» -hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 2019, 16(16), s.1-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>

Chimamanda Ngozi Adichie. (2009, juli). *The danger of a single story* (Video). TED.

[https://www.ted.com/talks/chimamanda\\_ngozi\\_adichie\\_the\\_danger\\_of\\_a\\_single\\_story](https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A. & Berntzen, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 381-427). Gyldendal Akademisk.

Den Norske Legeforening. (2009, 3. april). Retningslinjer for smertelindring. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. TANO Forlag.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3 utg., s. 59-82)*. Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3 utg., s. 141-152)*. Studentlitteratur.

Helsedirektoratet. (2017, 24. januar). Fokus på rusmiddelproblemer i somatisk helsetjeneste. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/behandlingsniva-i-rusbehandling-avbrudd-dogn-dag-ambulerende-behandling-somatikk-og-straffgjennomforing/fokus-pa-rusmiddelproblemer-i-somatisk-helsetjeneste>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3 utg., bind 3, s. 15 - 80)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, J. K. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og handling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon (3 utg., bind 1, s. 89-138)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Neville, K. & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *J Nurs Adm.* 2014 Jun;44(6), s. 339-346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 21-43). Cappelen Damm Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, F. (2016). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., bind 3, s. 169 - 185). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nortvedt, F. & Nesse, J. O. (1997). *Smertelindring utfordring og muligheter* (2 utg.). Universitetsforlaget AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Simon, R., Snow., R. & Wakeman, S. (2020). Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study. *Substance Abuse*, 2020, 41(4), s. 519-525. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671942>.



Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 215-233). Cappelen Damm Akademisk.

**Vedlegg 1: Litteratursøk**

<b>Artikler</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff/antall relevante</b>	<b>Databaser</b>
Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Drug AND pain AND nurse	6/1	Svemed+
Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical patients with substance abuse/dependence  Substance users' perspective of pain management in acute care environment	substance abuse AND ( pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia ) AND ( hospital or acute setting or inpatient or ward ) AND ( nurse experiences or perceptions or attitudes or views or feelings )	245/2	Academic Search Premier, Cinahl, Medline & Oria
«Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?» -hospital care experiences of people who use drugs  Substance users' perspective of pain management in acute care environment  Understanding why patients with substance use disorders	substance abuse AND ( pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia ) AND ( hospital or acute setting or inpatient or ward ) AND ( patient experiences or perceptions or opinions or attitudes or views )	539/4	Academic Search Premier, Cinahl, Medline & Oria

<p>leave the hospital against medical advice: a qualitative study</p> <p>Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical patients with substance abuse/dependence</p>			
---	--	--	--

**Vedlegg 2: Forskningsartikler**

<b>Forfattere/årstall/land</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>
Andenæs R., Li R., Nåden. & Undall, E., 2012, Norge	Sykepleier	Kartlegge helsepersonell sine handlinger, kunnskaper og holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på norske sykehus	Kvantitativ	Hovedfunn: -Få sykepleiere brukte smertekartleggingsverktøy. -Noe lav kunnskap og kompetanse i forhold til smertelindring og pasienter med rusmiddelavhengighet. -Negative stereotypiske holdninger over pasientgruppen. -Følelse av å bli manipulert og «lurt» av pasientene.
Neville K. & Roan, N., 2014, USA	Sykepleier	Undersøke sykepleiere sin forståelse for sykepleie til somatiske pasienter med rusmiddelavhengighet	Kvalitativ	Hovedfunn: -De fleste hadde negative oppfatninger av pasienter med rusmiddelavhengighet som pasientgruppe. -Redde for å bli manipulerte av pasientene. -Ønske om å beskytte seg selv, følte seg noe skremt av truende og agiterte pasienter. -Noen følte på sympati og forståelse og forskjellsbehandlet ikke ulike pasientgrupper.
Simon, R., Snow R. & Wakeman, S., 2020, USA	Pasient	Få bedre forståelse for hvorfor pasienter med	Kvalitativ	Hovedfunn av hvorfor pasienter med rusmiddelavhengighet skrev seg selv ut tidlig fra sykehuset mot medisinsk

		rusmiddelavhengig het skriver seg selv tidlig ut av sykehus mot medisinske råd.		råd: 1. Underbehandlet abstinens og lyst å bruke stoff. 2. Dårlig smertebehandling av akutt og kronisk smerte. 3. stigmatisert og diskriminert av helsepersonell. 4. Sykehusrestriksjoner.
Carusone, S.C., Cobb, G., Cooper, C., Prinse, K.-D., Guta, A., O'Leary, B., Robinson, S., Tan, D.H., Strike, C. & Upshur, R., 2019, Canada	Pasient	Undersøke hvordan pasienter med rusmiddelavhengig het opplever det å være innlagt på sykehuset, og hvordan sykepleiere kan bli bedre på å møte denne typen pasientgruppe i form av omsorg og smertebehandling.	Kvalitativ	Hovedfunn: -Opplevelse av å bli diskriminert og stigmatisert av helsepersonell. Resulterte i dårlig smertebehandling og dårlig tilgang til omsorg. -Pasienter prøvde ulike strategier for å få god omsorg og god smertelindring. -Negative erfaringer fra tidligere innleggelse påvirket viljen til å søke omsorg.
Blay N., Bothe, J., Glover, S., Lamont, F. & Lee, S., 2012, Australia	Pasient	Undersøke pasienter med rusmiddelavhengig het sitt perspektiv på akutt smertebehandling ved akutt innleggelse på	Kvalitativ og kvantitativ	Hovedfunn: -Varierende effekt av smertelindring avhengig av når de ble spurt (ved innleggelse, 24 timer etter innleggelse, 48 timer etter innleggelse eller 96 timer etter innleggelse).

		sykehus.		-Varierende følelse av helsepersonells innsats for å smertelindre og å vise omsorg.
--	--	----------	--	---

**Vedlegg 3: Oversiktstabell over analyserte artikler**

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Sykepleien forskning, 2012.
<b>Forfattere</b>	Andenæs, R., Li, R., Nåden, D. & Undall, E.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Problem</b>	Ikke tilstrekkelig smertelindring til pasienter med rusmiddelavhengighet, innlagt på sykehus.
<b>Hensikt</b>	«Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.»
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ tilnærming, spørreskjema med 36 spørsmål.</p> <p>Inklusjonskriterier: de som skulle besvare spørreskjemaet måtte være leger eller sykepleiere i deltids- eller heltidsstilling, jobbe ved en medisinsk, kirurgisk, intensiv- eller anestesiavdeling og ha erfaringer med pasienter med pasientgruppen.</p> <p>Spørsmålene var delt inn i fire bolker: bakgrunnsvariabler, handlinger og tiltak som utføres når pasienter med rusmiddelavhengighet er innlagt på sykehus, helsepersonellet sine kunnskaper om opioidavhengighet og smerter, og til slutt holdninger overfor denne pasientgruppen.</p> <p>Bakgrunnsvariabler: profesjon, alderskategori, hvilken avdeling de jobbet på, profesjonell erfaring i antall år, samt hvor ofte de var i kontakt med pasientgruppen.</p>

<p><b>Resultater</b></p>	<p>Ble til sammen besvart 312 spørreskjemaer, 274 sykepleiere og 38 leger svarte. De fleste som besvarte spørreskjemaet var i aldersgruppe 34 år og yngre. Folk som jobbet på medisinske avdelinger utgjorde den største gruppen. De fleste svarte at de hadde ansvar for pasienter med rusmiddelavhengighet én gang i måneden eller oftere.</p> <p>Handlinger som utføres når pasienter med rusmiddelavhengighet er innlagt i sykehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 38 % kartla pasienten sitt rusmisbruk. Leger kartla dette oftere enn sykepleiere.</li> <li>• 23,2 % anvendte smertekartleggingsverktøy.</li> <li>• 46,9 % svarte at de erstattet pasienten sitt daglige bruk av opioider.</li> </ul> <p>Helsepersonell sine kunnskaper om opioidavhengighet og smerter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 83,5 % svarte riktig ved spørsmål om pasientene har økt toleranse for opioider.</li> <li>• 47,6 % svarte at de var «enige» i påstand om at opioider fører til overfølsomhet for smerte, mens 45,3 % svarte «vet ikke».</li> <li>• 70,8 % hadde riktig svar ved påstand om at «rusmisbrukere» har behov for store doser opioider for å få effekt.</li> </ul> <p>Helsepersonells holdninger overfor denne pasientgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleiere kjente på en følelse av å bli lurt av pasientene når de spurte om smertelindrende medikamenter.</li> <li>• I underkant av halvparten var «usikre» eller «uenig» i at rusmiddelavhengighet er en sykdom.</li> <li>• Manglende smertelindring til pasientgruppen kommer ikke bare av for lite kunnskap om rusavhengighet og smerte, men også av stereotypiske holdninger overfor pasientene.</li> </ul>
--------------------------	--

<p><b>Artikkel 2</b></p>	
<p><b>Tittel</b></p>	<p>Substance users' perspective of pain management in the acute care environment</p>



<b>Tidsskrift/årstall</b>	Contemporary Nurse, 2012
<b>Forfattere</b>	Blay, N., Bothe, J., Glover, S., Lamont, F. & Lee, S.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv.
<b>Problem</b>	En vet mye om smertelindring til innlagte pasienter i sykehus som ikke er avhengig av rusmidler, men det er ikke gjort nok forskning på pasienter med rusmiddelavhengighet sine opplevelser av smerte og smertelindring.
<b>Hensikt</b>	Undersøke pasientgruppen sitt perspektiv på akutt smertebehandling ved akutt innleggelse på sykehus.
<b>Metode</b>	Både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Funnet sted i Australia. 27 personer med rusmiddelavhengighet (22 menn i alder 20-58 år og fem kvinner i alder 39-50 år) deltok i studie under selve innleggelsen. 18 personer fullførte fire spørreundersøkelser i løpet av de første 96 timene under innleggelse, mens resterende ikke fullførte hele undersøkelsen ettersom at de ble skrevet ut før det var gått så mange timer. Spørreundersøkelse ble gjennomført ved innleggelse på akuttmottak. Samme spørreundersøkelse ble gjennomført etter 24 timer, 48 timer og etter 96 timer som innlagt pasient. Det ble spurt en del lukkede spørsmål (ja/nei) eller spørsmål som krevde korte og konkrete svar. Eksempel på et spørsmål: «har du hatt noe effekt av de smertelindrende medikamentene du fikk av oss?»
<b>Resultater</b>	Smertelindringen sin effekt varierte ettersom når de ble spurt (ved innleggelse, etter 24 timer, etter 48 timer eller etter 96 timer). Ved innleggelse oppga ni pasienter at de hadde effekt av smertelindring ved akutt smerte. 13 pasienter oppga at de ikke hadde effekt av smertelindring ved akutt smerte. Etter 24 timer: Tolv pasienter mente at de hadde effekt av smertelindrende medikamenter. Ti pasienter mente de ikke hadde effekt, mens fire var usikre.

	<p>Etter 48 timer: Elleve pasienter mente at de hadde effekt av medisinerne de fikk. Seks pasienter mente de ikke hadde effekt og seks pasienter var usikre på om de hadde effekt.</p> <p>Etter 96 timer: ikke dokumentert noe effekt etter 96 timer.</p> <p>Deltakerne fortalte at de selv trodde at de ikke ble nok smertelindret grunnet at de ikke fikk den type smertelindrende medisinen de selv ønsket, at det var feil styrke, samt at de ikke fikk det administrert på riktig måte. De mente at de selv hadde bygd opp en viss toleranse. De fortalte også at de kunne hatt bedre effekt hvis de fikk det til riktig tid. Flere oppfattet at forsinkelser i medisineringen var et resultat av at helsepersonell hadde en dårlig holdning mot pasientene.</p>
--	---

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Tittel</b>	«Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?» - Hospital care experiences of people who use drugs
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Harm Reduction Journal, volume 16, 2019.
<b>Forfattere</b>	Carusone, S.C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., Prinse, K.-D., Cobb, G., Upshur, R. & Strike, C.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv.
<b>Problem</b>	Bruk av rusmidler kan ofte være forbundet med økt dødelighet. Flere personer som er brukere av rusmidler opplever å ikke bli møtt med omsorg, samtidig som de har bygd opp en barriere mellom dem selv og omsorg. De kan også oppleve å ikke bli adekvat smertelindret.
<b>Hensikt</b>	Undersøke hvordan personer med rusmiddelavhengighet opplever det å være innlagt på sykehuset, og hvordan sykepleiere kan bli bedre på å møte denne typen pasientgruppe i form av omsorg og smertelindring.
<b>Metode</b>	Kvalitativ tilnærming. Studie tar sted i Canada. 24 deltakere (18 menn og seks kvinner) som har vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året fra når artikkelen ble skrevet. Deltakerne ble intervjuet med spørsmål som omhandlet deres

	opplevelse med å være innlagt som en pasient med rusmiddelavhengighet på sykehus.
<b>Resultater</b>	<p>Flere av deltakerne uttrykte at ikke alle opplevelsene på sykehuset var dårlig. Èn ga uttrykk for at han følte at han ble møtt av helsepersonellet på en god måte, samt at han følte at de ikke dømte han.</p> <p>De fleste deltakerne valgte å dele historier der de selv hadde opplevd stigma. De forteller at de hadde inntrykk av at helsepersonellet på sykehuset hadde fordommer og at dette førte til dårligere behandling. Mange fortalte at de hadde tidligere negative erfaringer fra sykehusinnleggelse, som påvirket dem selv negativt når det kom til å skulle oppsøke hjelp fra sykehuset når de virkelig hadde behov for det. Dette resulterte ofte i forsinket behandling. Hovedtemaer var bekymringer av å bli dømt og stigmatisert av helsepersonell.</p> <p>Deltakerne fortalte om barrierer av betydning for smertelindring, som kunne føre til at de ikke følte seg tilstrekkelig smertelindret.</p>

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Tittel</b>	Challenges in Nursing practice- <i>Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence</i>
<b>Tidsskrift/årstall</b>	The journal of nursing administrations, 2014.
<b>Forfattere</b>	Neville K. & Roan, N.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleieperspektiv.
<b>Problem</b>	Vanskeligheter med å utøve sykepleie til pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på sykehus.
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å undersøke sykepleiere sin forståelse for sykepleie og omsorg for sykehusinnlagte medisinske og kirurgiske pasienter med komorbide tilstander av rusmiddelavhengighet.
<b>Metode</b>	Kvalitativ tilnærming. 24 sykepleiere som jobber på somatiske avdelinger på et sykehus i USA ble spurt to spørsmål der de skulle

	<p>svare detaljert om egne erfaringer på hvert spørsmål. Spørsmål 1: «Hva er dine tanker og følelser om å jobbe med pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på sykehus?»</p> <p>Spørsmål 2: «Hvordan påvirker pleie av en pasient med rusmiddelavhengighet utøvelse av sykepleien din?»</p> <p>Bakgrunnsvariabler: kjønn, alder, profesjonell erfaring.</p>
<p><b>Resultater</b></p>	<p>De fleste som deltok var kvinner (23 kvinner og én mann). De fleste (18 stk) hadde 11-30 års erfaring som sykepleier. De fleste (ti stk) var mellom 20-40 år, mens seks stk var 41-50 år og åtte stk var 51-55 år.</p> <p>Spørsmål 1: «Hva er dine tanker og følelser om å jobbe med pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt på sykehus?»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste svarte at de hadde negative oppfatninger av pasienter med rusmiddelavhengighet. De ga uttrykk for at de opplevde pasientene som manipulerende, agitert og truende. Noen fortalte at de følte at pasientene tok fra dem energi og tid som burde blitt brukt på andre pasienter som behøvde deres hjelp.</li> <li>• Noen svarte at det trengs en viss kunnskap om sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet og at det er mangel på den typen kunnskap.</li> <li>• Noen andre svarte at de føler sympati for både pasientene og for pårørende. De behandlet disse pasientene som alle andre pasienter og hadde ikke fordommer og var ikke dømmende.</li> </ul> <p>Spørsmål 2: «Hvordan påvirker pleie av en pasient med rusmiddelavhengighet utøvelse av sykepleien din?»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ved smertekartlegging av en pasient med rusmiddelavhengighet, fortalte flere at det kunne være vanskelig å tro på at pasienten har så sterke smerter som vedkommende oppgir selv å ha.</li> <li>• Etisk sett så fortalte flere at de utøver samme sykepleie til denne pasientgruppen som til andre pasienter. Noen prøvde å sette sine egne følelser til siden under utøvelse av sykepleie ettersom at de hovedsakelig er der for pasientene.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fortelles at det kan være mer utfordrende å utøve sykepleie til denne pasientgruppen og at det trengs tålmodighet og tid. Én person fortalte at vedkommende helst ikke ønsker å utøve sykepleie til denne pasientgruppen, og kommer med en påstand om at pasientgruppen trenger mer psykisk helsehjelp enn fysisk helsehjelp.</li> </ul>
--	---

<b>Artikkel 5</b>	
<b>Tittel</b>	Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Taylor & Francis, 2020.
<b>Forfattere</b>	Simon, R., Snow, R. & Wakeman, S.
<b>Perspektiv</b>	Pasientperspektiv.
<b>Problem</b>	Pasienter med rusmiddelavhengighet har økt risiko for medisinske komplikasjoner og har høyere risiko for å utvikle kroniske sykdommer som krever sykehusinnleggelse. Det viser seg at pasientgruppen har nesten tredoblet økt risiko for å skrive seg selv ut mot medisinske råd.
<b>Hensikt</b>	Utvikle en bedre forståelse av hvorfor pasientgruppen ofte skriver seg selv ut fra sykehuset mot medisinsk råd. Målet er å kunne forbedre pleien til denne pasientgruppe.
<b>Metode</b>	Kvalitativ tilnærming. Fant sted ved et sykehus i USA. 16 innlagte pasienter (åtte kvinner, åtte menn) som hadde skrevet seg ut tidlig fra sykehuset mot medisinsk råd i løpet av det siste året.
<b>Resultater</b>	Nesten alle pasientene fortalte om negative opplevelser med helsepersonell. Pasientene mente de ble dømt og behandlet annerledes enn andre pasienter. Mange uttrykte at de følte at de ble ikke tatt på alvor. Flere pasienter ga uttrykk for at de ikke hadde tillit til helsepersonellet.  Noen pasienter rapporterte at smertene deres ikke ble tilstrekkelig kontrollerte. En pasient uttrykte at han følte at helsepersonellet bare

	<p>tenkte at han var innlagt for å få smertelindrende medikamenter. Flere pasienter fortalte at utilstrekkelig smertelindring var grunnen til at de skrev seg selv ut mot medisinske råd.</p> <p>Noen få pasienter delte positive opplevelser hvor de selv følte at de ble godt tatt vare på og fikk god omsorg.</p>
--	--