

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleiernes utfordringer i møte med pasienter med rusmiddelavhengighet på sykehus



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

Kandidatnummer: 6122 & 6131

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pasienter med rusmiddelavhengighet innlagt i sykehus blir ofte sett på med negative holdninger. De kan bli oversett og bli møtt med mistillit og dermed ikke få den pleien de har krav på. Sykepleiere har ansvar for å ivareta sårbare grupper i samfunnet, og gi rettferdig hjelp uten å krenke. Sykepleiere skal ivareta pasientenes iboende verdighet og sørge for at alle pasienter blir sett og hørt uavhengig av bakgrunn og livssituasjon.

Hensikt: Undersøke hvilke utfordringer sykepleiere opplever ved behandling av pasienter med kjent rusmiddelproblem ved innleggelse i somatisk sykehus.

Metode: Litteraturstudie basert på en samling av tre kvalitative studier og en kvantitativ studie. Resultatene fra studiene, relevant bakgrunns litteratur, sykepleieteorier og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater: Sykepleierne oppgir flere utfordringer i møte med pasientene. Følelse av manipulasjon og mistillit til pasienter fører til utfordringer i smertelindringen av pasientene. Utagerende og krevende pasienter skaper frykt og engstelse. Mangel på tilstrekkelig kunnskap om medikamenter og kompleksiteten i den rusavhengige pasienten fører til utrygge sykepleiere som opplever å ikke strekke til eller gi ønsket pleie.

Konklusjon: Relasjon og tillit er viktig i møte med den rusavhengige pasienten. Dette fører til at pasienten blir trygg og samarbeider godt. Dersom pasienten blir møtt med tillit og optimal smertelindring blir pasienten mindre krevende og utagerende. Sykepleiere blir tryggere dersom de har økt kunnskap, og får støtte fra personell med spesialkompetanse og erfaring.

Nøkkelord: Sykepleie, utfordringer, holdninger, kunnskaper, rus, avhengighet

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Begrepsavklaringer.....	5
1.2.1 <i>Rusmiddelproblematikk</i>	5
1.2.2 <i>Utfordringer</i>	6
1.3 Problemformulering	6
1.4 Hensikt med oppgaven.....	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 Sykepleieteori.....	7
2.1.1 <i>Mellommenneskelige forhold i sykepleie</i>	7
2.1.2 <i>Kari Martinsens Omsorgsteori</i>	8
2.2 Rusmiddelavhengige pasienter og sårbarhet	8
2.3 Abstinens og toleranse	9
2.4 Smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet.....	9
2.5 Holdninger.....	10
2.6 Sykepleieprosessen	11
3.0 METODE	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	12
3.3 Litteratursøk	13
3.3.1 <i>Valg av databaser</i>	13
3.3.2 <i>Valg av søkestrategier</i>	14
3.3.3 <i>Valg av søkeord</i>	15
3.3.4 <i>Valg av artikler</i>	16
3.3.5 <i>Analyse</i>	17

4.0 RESULTAT	18
4.1 Holdninger.....	18
4.1.1 Tillit og relasjonsbygging.....	18
4.1.2 Fordommer og tilbakeholdenhet.....	19
4.1.3 Krevende pasientgruppe.....	20
4.2 Kunnskaper	21
4.2.1 Medikamenter.....	21
4.2.2 Samarbeid	22
4.2.3 Klinisk blikk.....	23
4.2.4 Utdanning og kompetanseheving	23
5.0 DISKUSJON	25
5.1 Metodediskusjon	25
5.1.1 Studienes land og arena.....	25
5.1.2 Studienes forskere, deltakere og informanter	25
5.1.3 Studienes metoder og analyse.....	26
5.1.4 Ethiske forhold	28
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Holdninger	28
5.2.2 Kunnskap.....	32
6.0 AVSLUTTENDE DRØFTING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	36
REFERANSER	38
VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	

Antall ord: 10 717

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi lærte tidlig i studiet at vi skal behandle alle pasienter likt. Vi skal ivareta deres iboende verdighet uten å dømme og krenke. Gjennom studiet har vi opplevd ulik praksis i hvordan enkelte grupper i samfunnet blir ivaretatt, og hvordan disse blir møtt i helsevesenet. Vi har begge erfart fra somatikken hvordan pasienter med kjent rusmiddelforbruk ikke blir hørt og sett. Vi har erfart hvordan disse pasientene blir snakket negativt om på vaktrom, i ganger og i rapporter. Vi ønsker å gå dypere inn i hvorfor dette forekommer og hva som bidrar til disse utfordringene. Sykepleiere har et moralsk og juridisk ansvar for å sikre god pleie til alle pasienter uansett bakgrunn og livssituasjon. Ifølge våre yrkesetiske retningslinjer skal vi sykepleiere ivareta pasientens verdighet og integritet, gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og sikre pasientens rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket. Videre i retningslinjene har sykepleiere et samfunnsansvar å bidra aktivt med å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2007).

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Rusmismiddelproblematikk

Alt inntak av illegale rusmidler er per definisjon rusmisbruk, selv om inntaket ikke skulle være skadelig. Fra et medisinsk perspektiv defineres avhengighet når tre av følgende kriterier er til stede samtidig i minst en måned eller gjentatte ganger i løpet av et år (Biong & Ytrehus, 2012, s. 19):

- Sterk lyst, tvang og sug
- Kontrollvansker med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- Fysiologiske abstinensreaksjoner eller bruk av rusmidler for å unngå abstinenser
- Toleranseutvikling, behov for økte doser
- Andre aktiviteter får redusert betydning
- Fortsatt bruk til tross for kjennskap til skadevirkning

Videre er avhengighet definert i ICD-10 som et syndrom (Biong & Ytrehus, 2012, s. 66).

1.2.2 utfordringer

I denne oppgaven fokuserer vi på utfordringer som oppstår i møte med pasient med rusmiddelavhengighet. Vi har valgt å fokusere på de personlige utfordringene sykepleiere har, og ikke på det organisatoriske.

1.3 Problemformulering

Rusproblemer skaper store utfordringer for den enkelte, samfunnet og for helsevesenet. Denne pasientgruppen har ofte et behov for sammensatte tjenester over lang tid (Biong & Ytrehus, 2012, s. 15). Egne erfaringer fra somatikken viser at pasienter med kjent rusmiddelmisbruk ofte blitt møtt med negative holdninger og stigmatisering. Ordlyden under rapport og hvordan pasienten blir omtalt på pauserom bidrar til å styrke disse holdningene. Pasientene kan ofte bli oversett eller mistenkeliggjort og ikke få den pleien de har krav på. For å sikre optimal pleie av denne pasientgruppen er det viktig å finne ut hva som bidrar til dette, og hva det er som gjør denne pasientgruppen vanskelig å behandle for sykepleierne.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere opplever ved behandling av pasienter med kjent rusmiddelproblem ved innleggelse i somatisk sykehus.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Sykepleieteori

2.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee anså sykepleie som en mellommenneskelig prosess og vektla betydningen av personlig kommunikasjon. Etablering av et menneske-til-menneske forhold er ifølge Travelbee (1999) et overordnet mål i sykepleie. Sykepleierens oppgaver sammenfattet hun til følgende punkter:

- Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ.
- Å utvikle et menneske til menneske forhold til pasienten.
- Å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte, og dermed oppfylle sykepleiers hensikt (Travelbee, 1999, sitert i Eide & Eide, 2017, s. 365).

Sykepleierens oppgave i oppbyggingen av et menneske-til-menneske forhold er ifølge Travelbee (1999, s. 186-217) blant annet å bryte ned stereotyper for å kunne oppfatte individet. Hun påpeker at det ofte er den som er “lite tiltrekkende” som har størst behov for å bli sett som et individ. Travelbees modell for utvikling av et menneske-til-menneske forhold deles inn i følgende fem faser:

1. Det innledende møtet: I det innledende møtet dannes førsteinntrykket. Ut ifra dette vil visse følelser oppstå. Observasjoner og de etterfølgende antagelsene er viktige fordi de danner grunnlag for beslutninger som tas. Tankene og følelsene som utløses vil bli bestemmende for hvordan man opptrer eller reagerer ovenfor vedkommende.
2. Fremvekst av identitet – denne fasen karakteriseres ved evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre. Framveksten av identiteter forsetter til et reelt forhold er etablert.
3. Empati - empati er en opplevelse av å forstå. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet. I empatiprosessen blir den enkeltes status som et unikt individ klarere oppfattet og anerkjent.
4. Sympati - gjennom sympati forstår sykepleieren pasientens plager, sykepleieren føler at pasientens plager angår henne, og hun får et ønske om å lindre plagene. Når sykepleieren føler med pasienten vil dette være tillitsfremmende, men full og trygg fortrøstning mangler ennå i denne fasen.

5. Gjensidig forståelse og kontakt. Gjennom de fire første fasene har sykepleier og pasient oppnådd et forhold som preges av gjensidig forståelse. Pasient og sykepleier forstår hverandres perspektiver. Når det råder gjensidig forståelse og kontakt, er den syke forbi det stadiet at han må sette sykepleieren på prøve for å finne ut hvor pålitelig hun er.

2.1.2 Kari Martinsens Omsorgsteori

Martinsens omsorgsteori i likhet med Travelbee, legger vekt på relasjonens betydning, og beskriver dette som selve fundamentet for moralsk ansvar og handling i sykepleie. Martinsen påpeker at sykepleieren har et spesielt ansvar for å forstå pasientens opplevelser av sin sykdom og helseplager. Hun trekker frem det å bli moralsk berørt som en sentral del i sykepleiens etikk. Ideen er at sanselig og emosjonell berørthet er et menneskelig trekk som alltid er til stede i møte med andre mennesker. «Vi er alltid i en sinnsstemning som andre mennesker kan se og erfare» (Nortvedt, 2016, s. 56). På den måten gir den emosjonelle berørtheten oss kunnskap om den andres sinnstilstand, opplevelse og erfaringer. Holdningens etiske betydning i sykepleien kommer frem gjennom vennlighet, høflighet, oppmerksomhet, være lyttende, varsomhet i stellet eller et fast håndlag når det er nødvendig (Nortvedt, 2016, s. 58). Martinsen peker på at det ikke bare er hva man gjør som er viktig, men måten man gjør det på, hvordan man oppfører seg og hvordan man utøver handlingene.

2.2 Rusmiddelavhengige pasienter og sårbarhet

Dube, Felitti, Dong, Chapman og Giles (2003) har i sin studie målt risiko for utvikling av rusmiddelavhengighet opp mot ni risikofaktorer i barndommen: fysisk eller emosjonell neglekt, kriminalitet blant familiemedlemmer, rusmisbruk og bruk av ulovlige rusmidler hos familien, psykisk sykdom blant familiemedlemmer og fysisk, emosjonelt eller seksuelt misbruk. Det konkluderes med at risiko for rusavhengighet øker med antall risikofaktorer personen er utsatt for som barn. Rusmiddelavhengige som har disse livserfaringene med seg kan være spesielt vare for krenkelser. Tidligere ble rusmiddelavhengighet ofte bli knyttet til moral, og rusmiddelavhengige ble ansett som skyldige i sin egen lidelse (Skoglund & Biong, 2012, s. 188). Slike holdninger henger fortsatt igjen, og dette kan føre til at pasienten opplever møtet med helsetjenesten som krenkende. Mange rusmiddelavhengige lever et liv der forhandlinger står sentralt, med begrensede goder og de fleste ressursene deres brukes til å

framskaffe rusmidler (Skoglund & Biong, 2012, s. 189). Denne atferden kan for helsepersonell oppfattes som manipulerende atferd og dette kan føre til at holdningen til sykepleieren påvirkes. Når opiatavhengige kommer til behandling, kan de ofte samtidig lide av psykiske lidelser av forskjellig alvorlighetsgrad. Dette kan være avvikende personlighet med dyssosiale eller emosjonelt ustabile trekk, og noen kan ha rusutløste psykoser og stemningslidelser (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012, s. 211).

2.3 Abstinens og toleranse

Rus og abstinenssymptomer kan skjule sykdom og det kan derfor være vanskelig å utrede pasientens kliniske problemstilling (Skoglund & Biong, 2012, s. 194). Abstinens oppstår når effekten av rusmiddelet avtar. Symptomer kan blant annet vise seg som uro, irritabilitet, smerter, kvalme, psykose, høyt blodtrykk og forhøyet puls. Pasienter som misbruker opioider trenger derfor å få sitt basale opioiddose-behov dekket for å hindre abstinensutvikling (Skoglund & Biong, 2012, s. 194). Dersom administrering av et narkotisk stoff blir gjentatt over lengre tid, kan den bestemte dosen begynne å miste effekt, det fører dermed til et behov for en høyere dose. At virkningen av et legemiddel varer kortere enn før er en indikasjon på toleranse. Smertelindringseffekten av dosen vil da reduseres (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 405).

2.4 Smertebehandling til pasienter med rusmiddelavhengighet

Smerte kan ledsages av stress og angst, og pasienten kan samtidig oppleve frykt for abstinens. En forutsetning for god smertelindring er gjensidig tillitt mellom pasient og helsepersonell. Effekten av smertelindringen som gis vil forsterkes av at pasienten opplever trygghet, respekt og tillitt (Danielsen et al., 2016, s. 388). En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling (s. 388). Både subjektive og objektive data må samles inn for å kartlegge smerten nøyaktig. Den viktigste indikatoren for smerte er hva pasienten forteller selv (s. 389). Kartlegging av utløsende årsak til smerten, lokalisasjon, varighet, variasjon, intensitet, kvalitet og konsekvenser for funksjonsnivået er avgjørende for å gi pasienten tilfredsstillende smertelindring (s. 388).

Danielsen et al. (2016, s. 405) viser til WHO sine generelle retningslinjer for behandlingsopplegget til smertepasienter med alvorlig legemiddel- og stoffmisbruk:

- Tverrfaglig tilnærming
- Vurdering etter faste retningslinjer
- Behandlingsplan
- Forhold som baseres på empatisk lytting – pasientens opplevelse av plagene må aksepteres
- Bruk av ikke-opioider og ikke-medisinsk tilnærminger der det er mulig, men ikke som erstatning for korrekt smertebehandling
- Vurdering av legemiddeltoleranse, administreringsmåte og halveringstid når det foreskrives analgetika.

2.5 Holdninger

Holdningene kan gjøre oss predisponert til å reagere på bestemte måter - enten positivt eller negativt (Håkonsen, 2017, s. 185). Holdninger har både tankemessige, følelsesmessige og atferdsmessige komponenter. Hva vi ser og hører, hvilke følelser som blir utløst, og hvordan vi handler og reagerer gjenspeiler hvilken holdning man har. Likevel er det ikke alltid at atferden vår er i samsvar med holdningen. Særlig to forhold forklarer dette; for det første er det alltid flere årsaker til handling, og for det andre vil det alltid være noen spesielle forhold i den situasjonen vi befinner oss i, som vil ha stor innflytelse på hvordan vi oppfører oss (s. 187). Holdninger er med oss over tid, og det å forandre holdning krever ofte arbeid som både er tidkrevende, og som koster den enkelte noe å gjennomføre (s. 185). Hva vi lærer kan påvirke holdningene våre. Faktorer som lyst, interesse, motivasjon, hensikt og mening kan fremme læring, mens negative følelsesmessige opplevelser som at noe virker skremmende eller vanskelig kan hemme læring (s. 136). Mennesker har også en tendens til å tillegge andre mennesker egenskaper ut ifra atferden vi observerer, såkalt attribusjon (s. 187). Tendensen går ut på at vi betrakter atferden til et menneske som om den var bestemt av indre personlige egenskaper, samtidig som vi har en tendens til å forklare egen atferd som bestemt av ytre situasjonsbetingede faktorer. For eksempel kan sykepleieren tillegge en vanskelig pasient personlighetstrekk som å være manipulerende og reagere deretter, men unngå å se på sin egen atferd som grunn til pasientens oppførsel. Dette kan føre til feilkilder for vurderinger av andre og oss selv (s. 187-188).

2.6 Sykepleieprosessen

Når man står ovenfor hindringer i pleien kan man bruke sykepleieprosessen som problemløsende metode. Sykepleieprosessen deles inn i fem faser og er en systematisk fremgangsmåte der hver fase bygger logisk på den forrige (Dahl & Skaug, 2014, s. 23). Den første fasen består av datasamling hvor hensikten er å kartlegge behov for sykepleie. Datasamlingen foregår systematisk i samarbeid med pasienten. Både fysiske og psykososiale behov skal kartlegges og vurderes. Den andre fasen består av å identifisere problemer og hva som trenger videre oppmerksomhet. I den tredje fasen utarbeides mål. Her klargjør man sammen med pasienten hva man ønsker å oppnå med pleien. Målene skal representere pasientens ønsker, og skal være realistiske og helsemessig forsvarlig. Når målene rommer pasientens egne ønsker, kan dette virke motiverende for pasienten, og man kan tydeliggjøre at man samarbeider med pasienten. Den fjerde fasen representerer sykepleiehandlingene. Hensikten med disse handlingene er å forebygge eller minske problemer, lindre eller behandle. Sykepleietiltak må være gjennomtenkt, målrettet og bevisste, basert på kunnskap og erfaring (Dahl & Skaug, 2014, s. 45). I den siste fasen evalueres måloppnåelsen. Man kan da enten ha nådd målet, eller det kan hende man må gå en runde til gjennom fasene for å oppnå målet. Da har man likevel et bedre utgangspunkt enn man startet med, da man kan bruke all data fra den første runden videre i neste runde.

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer, og komme frem til ny kunnskap» (Aubert, 1985, s. 196).

Vi benytter oss av ulike metoder til å få frem ny kunnskap, og til å kritisk vurdere påstandene man finner ved å etterprøve deres gyldighet, holdbarhet og sannhet. I vitenskapelig forstand er det å være metodisk å bruke og overholde standarder i vår argumentasjon, ikke bare kravet om ærlighet og sannhet, men også til å systematisere våre tanker (Dalland, 2018, s. 51).

Metode gir oss en oppskrift på hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller for å etterprøve kunnskap. Man kan bruke flere ulike metoder for å løse ulike problemstillinger, som betyr at vi må reflektere over hvilke valg man gjør når man velger metode. Man må velge den metoden man mener er best for å belyse egen problemstilling, og gjøre de ulike overveielserne som må til for å kunne velge rett metode. Metoden blir vårt redskap til å samle inn data for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2018, s. 54).

Man skiller mellom kvantitative metoder og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter, de sikrer oss de tallene vi trenger for å gjennomføre regneoperasjoner, finne gjennomsnitt eller prosentandeler. De kvalitative metodene gir oss data i form av holdninger, meninger og opplevelser om man ikke kan måle i tall. Metodene bidrar på hver sin måte til bedre forståelse av samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Kvantitative forskere kalles helt enkelt for «tellere», mens kvalitative forskere kalles «tolkere». Forskjellen på metodene er først og fremst hvordan data samles inn. Men man må være klar over at kvantitative data også tolkes av forskerne, samtidig som kvalitative data har elementer av kvantifisering (Dalland, 2018, s. 53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vår metode er analyse og syntese ved integrativ litteraturoversikt. I den integrative oversikten går vi et skritt lengre enn i en allmenn litteraturoversikt. I en allmenn oversikt foretar man datareduksjon, lager en oversikt og sammenligner data. I en integrativ litteraturoversikt skal vi

også ha sammenheng og verifisering av dataene. Stoffet blir analysert grundig, og det blir identifisert hvordan de forskjellige dataene henger sammen. Tolkningene som gjøres må være holdbare å ha en rød tråd i seg. Resultatet kan settes opp i en modell som viser hvordan resultatene henger sammen (Friberg, 2017, s. 150).

3.3 Litteratursøk

I denne oppgaven skal vi skrive en litterær oppgave, som betyr at vi henter data fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2018, s. 207). Vi ønsker å belyse utfordringene sykepleierne har i møte med pasienter med kjent rusmiddelmisbruk innlagt på sykehus, og skal bruke fagfelleverderte vitenskapelige artikler for å svare på vår problemstilling. Vi ønsker å ha en kvalitativ tilnærming der vi er ute etter sykepleiernes tanker og holdninger knyttet til pasientgruppen.

Forarbeidet til oppgaven startet med å skaffe oss generell kunnskap om temaet, ved å lese relevant fagstoff og artikler som omhandler pasienter med rusmiddelmisbruk og utfordringer knyttet til denne pasientgruppen. Vi ønsket å ha en god oversikt over temaet slik at det ble lettere å tolke data senere i analyser og spisse dataene inn til hensikten med oppgaven.

Etter å ha forberedt oss og laget en disposisjon av oppgaven, startet vi søket etter aktuelle vitenskapelige artikler som omhandlet problemstillingen vår. Vi leste sammenfatningen på flere artikler for å få oversikt. Selv om vi hovedsakelig har en kvalitativ tilnærming, har vi også sett på kvantitative studier. I kvantitative studier er det som regel flere respondenter, slik at hypotesen kan bekreftes i et større overblikk, mens kvalitative studier går mer i dybden av tanker, holdninger og følelser.

3.3.1 Valg av databaser

Vi har benyttet oss av flere ulike databaser for å sikre oss bredde i søkeordene vi har benyttet oss av. Vi har brukt databasen Cinahl og søkemotoren Oria.

Cinahl er en sykepleiedatabase og har mange artikler om sykepleievitenskap.

Søkemotoren Oria søker i de ulike databasene slik at vi får artikkeltreff i flere databaser samtidig. Oria gir oss også forslag til relevante artikler etter hvilke artikler vi trykker oss innpå, og vi får dermed med oss artikler vi gjerne ellers ikke ville fått treff på med våre søkeord.

3.3.2 Valg av søkestrategier

Vi har valgt å dele vårt søk inn i to faser etter Fribergs metode. I første fase har vi søkt i ulike databaser etter aktuelle kilder, og vi har også gjort eksperimentell søking der vi har funnet søkeord i artikler som vi har lest. Vi har også benyttet oss av google for å finne inspirasjon til gode søkeord slik at vi finner et bredt antall artikler som igjen gjør at vi kan få en tidlig oversikt over hva som finnes av artikler og hvilke artikler som kan være aktuelle. Dette skaper et godt grunnlag for det egentlige søkearbeidet (Friberg, 2017, s. 61). I denne fasen laget vi en tabell over aktuelle søkeord som vi benytter av oss i fase to. Vi har prøvd å unngå for mye avgrensninger i denne fasen, slik at vi får opp mest mulig til inspirasjon til fase to.

I andre fasen, startet vi på den informasjonssøkingen som er relevant for vår oppgave. Vi har jobbet systematisk slik at vi har funnet et godt utvalg av relevante artikler vi skal bruke videre i vår oppgave, og forkastet artikler som viste seg å ikke være relevante for vår hensikt. Vi har i første omgang lest sammendraget til et utvalg av artiklene vi har fått opp av søkene, og valgt ut etter relevans. Vi sjekket videre metoden til de ulike artiklene, slik at vi kun tar for oss empiriske artikler i analysen. Vi har også benyttet oss av fagbøker og relevant oppslagsverk, som Folkehelseinstituttet, for å få en bred kunnskap og tilstrekkelig informasjon om temaet vi har valgt, slik at vi har bredden til videre fordypning. For å sikre ny forskning har vi valgt å avgrense søket vårt, slik at ingen artikler er over ti år. Artikler måtte også være fagfellevurdert. Vi ønsket artikler som er relevante for norsk helsevesen, og har derfor søkt etter artikler fra Norge eller lignende helsevesen. Siden vi belyser vår problemformulering fra et sykepleierperspektiv, har vi benyttet oss av artikler der sykepleiere eller helsepersonell er informanter.

Vi har utforsket flere ulike søketeknikker for å finne relevante artikler av god kvalitet som vi kan bruke i oppgaven. Vi har benyttet oss av trunkering og boolesk for å få større treff og ikke gå glipp av artikler. Ved trunkering søkes det på alle bøyninger av det aktuelle søkeordet, og ved boolesk bruker vi OR og AND i artikkelsøk (Friberg, 2017, s. 71).

Vi har også utført sekundærsøk på artiklene, med søk på artiklenes referanser for å sjekke artiklenes troverdighet (Friberg, 2017, s. 78).

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne relevante artikler, er det viktig å bruke gode søkeord. Vi ønsket å finne ut sykepleiernes holdninger og derfor har vi brukt søkeordene «nurse attitude, perception, opinions, knowlegde og views». Vi ønsket også artikler fra sykehus, og inkluderte relevante søkeord som «sykehus» og «hospitalized». Vi har også inkludert søkeord som «rus, rusavhengighet, drug users, substance users» slik at vi treffer pasientgruppen vi ønsker i oppgaven. Vi valgte å oppsummere søkeordene i en tabell for lettere oversikt. Etter hvert søk, har vi lest sammendrag på artiklene som hadde en overskrift som virket relevant og beholdt dem som er relevant for vår hensikt for videre analyse.

Søkeord	Inklusjon	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Inkluderte artikler
Nurse attitudes OR nurse perceptions OR nurse views kombinert med: substance abuse OR substance use OR drug abuse OR drug addiction	Fulltext, <10år	18.03. 2021	Cinahl	1212	6	0
Nursing attitudes AND nurse knowledge or nurse understanding AND quality of nursing care AND substance dependence	Alle termer <10år	18.03. 2021	Cinahl	6	1	0
Nursing attitudes AND quality of nursing care AND substance disorder	Alle termer <10år	18.03. 2021	Cinahl	15	1	0
Rusmisbruk, sykehus	Fagfelle-vurdert <10år	19.03. 2021	Oria	47	2	1
Rusmiddelavhengighet, holdninger	Fagfelle-vurdert <10år	19.03. 2021	Oria	10	1	0
Anbefalte artikler basert på søkeord over		19.03. 2021	Oria	5	2	2
Substance users, nursing, staff attitude	Fagfelle-vurdert <10år	19.03. 2021	Oria	6299	1	1
Smertelindring, rusavhengige	Fagfelle-vurdert <10år	19.03. 2021	Oria	2	1	0
Barriers or obstacles or challenges) AND (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) AND pain	Fagfelle-vurdert <10år fulltekst	22.03. 2021	Cinahl	12	1	0
Patient with substance abuse* AND nurse AND care AND barriers	<10år	22.03	Oria	13356	1	0

Tabell 1: Søkeord.

3.3.4 Valg av artikler

I vårt søkearbeid og valg av artikler, var det viktig å få en oversikt over de aktuelle artiklene vi hadde oppe til vurdering. Vi benytter oss av Friberg (2017) integrative analyseoversikt for å systematisk jobbe med dataene vi fikk fra artiklene under analysen. Vi har analysert artiklene grundig og identifisert hvordan de forskjellige data henger sammen. Vi har sammenlignet funnene i de forskjellige artiklene og funnet en rød tråd slik at vi har fått bekreftet at dataene er holdbare. Sekundærsøk på artiklens kilder forsikret oss om artiklens troverdighet. Det innebar også å sjekke tidsskriftet artikkelen var publisert i for å styrke kildens relevans til sykepleierfaget. For å videre styrke relevansen til sykepleierfaget var det ønskelig at forskerne bak artiklene var utdannet sykepleiere. Vi fikk en oversikt over metoddelen i artiklene og inklusjonskriteriene for deltakerne av studiene. Det var viktig for oss at informantene hadde erfaring fra somatikken og pasienter med kjent rusmiddelforbruk, slik at informantenes innspill har validitet. Vi ønsket å forholde oss til sykepleiere på sykehus, og derfor måtte studiene være utført på sykehus. For at dataene skal være sammenlignbare ved vårt helsevesen, har vi valgt artikler fra land med lignende helsevesen som vårt med vestlig kultur. Vi benyttet oss av tre kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel for å sikre oss mangfold i dataene vi har hentet inn.

Litteratursøket vårt resulterte i seks artikler som var med til videre vurdering. Disse artiklene ble valgt etter nøye gjennomgang av artiklens resultatkapittel og etter vurdering av inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene våre. To av artiklene hadde god informasjon om temaet, men viste seg å ikke være relevante til vår hensikt og har derfor blitt forkastet. De resterende fire artiklene har vi analysert i vår studie. Se vedlegg 1. Etter utvalget sitter vi igjen med følgende artikler:

Navn på artikkel	Forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode
Nursing attitudes toward patients with substance use disorder	Betty D. Morgan, 2014, USA	Identifisere sykepleiers holdninger til pasient med rus/smerte problem	Sykepleier	Kvalitativ Individuelle intervju 14 sykepleiere
Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus	Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs, Dagfinn Nåden, 2012, Norge	Kartlegge handling, kunnskap og holdning hos leger/sykepleiere	Sykepleier	Kvantitativ Spørreskjema

				375 sykepleiere og 81 leger
Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.	Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen, Ellen Benestad Moi, 2019, Norge	Vise spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.	Sykepleier	Kvalitativ Individuelle intervju 6 spesialsykepleiere
Challenges in nursing practice Nurses perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence	Kathleen Neville, Nora Roan, 2014, USA	Undersøke sykepleiers oppfatning av å pleie pasient med rusmiddelmissbruk innlagt på sykehus.	Sykepleier	Kvalitativ Studiespørsmål 24 sykepleiere

Tabell 2: Analyserte artikler.

3.3.5 Analyse

I analysearbeidet er det en viss risiko for et selektivt utvalg av informasjon og at vi kan låse oss fast i vårt eget synspunkt og derfor gå glipp av gode og relevante opplysninger. For å prøve og redusere denne risikoen har vi begge to lest de utvalgte artiklene selvstendig slik at vi får begges perspektiv på opplysningene artiklene innehar. Vi er klar over at dette alene ikke er nok til å eliminere risikoen. Vi har begge lest artiklene med åpent sinn og prøvd å legge vekk vår egen forforståelse slik at ikke våre meninger påvirker analysearbeidet. Vi har benyttet oss av den hermeneutiske-spiral når vi leser artiklene. I denne spiralen tas det utgangspunkt i at vi har en forforståelse av det vi skal lese, og etter vi har lest og tolket artikkelen får vi en ny forforståelse av artikkelen og dens innhold (Ebdrup, 2012). Vi har derfor lest artiklene flere ganger, og har dermed hatt mulighet for å finne ny informasjon som vi kan ha oversett ved første lesning. Vi har laget oss en oversikt over de relevante resultatene i et sammendrag fra hver artikkel. Sammendraget bidrar til en god oversikt over artikkelens innhold. Vi har analysert artiklene med vår hensikt i fokus. En datareduksjon ble foretatt der vi forkastet resultater og funn som ikke var relevante til vårt datagrunnlag for å besvare vår hensikt. Vi benyttet oss av en integrativ litteraturoversikt for å sammenligne og samle data fra de ulike artiklene i hovedkategorier og underkategorier. Vi fikk derfor avdekket underliggende mønstre i de ulike studiene og fikk en ny helhet i det aktuelle stoffet (Friberg, 2017, s. 144).

4.0 RESULTAT

I vårt analysearbeid har vi oppsummert alle relevante funn fra de ulike artiklene i en tabell. Vi sorterte data i to hovedkategorier og sju underkategorier som peker på utfordringer sykepleiere har i møte med pasienter med rusmiddelproblematikk som er innlagt på sykehus.

Funnene har vi oppsummert i en tabell:

Hovedkategori	Underkategori
Holdninger	Tillitt og relasjonsbygging
	Fordommer og tilbakeholdenhet
	Krevende pasientgruppe
Kunnskaper	Medikamenter
	Klinisk blikk
	Samarbeid
	Utdanning og kompetanseheving

Tabell 3: Resultatfunn.

4.1 Holdninger

4.1.1 Tillit og relasjonsbygging.

Studien til Li, Undall og Nåden (2012) viser at 20,8% av sykepleierne som svarte på undersøkelsen var enige eller nokså enige i påstanden om opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. Videre svarte 56,1% av sykepleierne i studien at de ofte føler seg manipulert av opioidavhengige mens 29% av sykepleierne svarte både og på spørsmål om påstanden om at opioidavhengige prøver å lure dem når de ber om smertestillende (Li et al., 2012, s. 257).

Sykepleierne i studien til Neville & Roan (2014) hadde en oppfattelse av å bli manipulert og uttrykte mistillit til pasientgruppen. «As a healthcare provider, you always have to have your guard up because substance abuse patients are very good at manipulating people and event to their benefit» (Neville & Roan, 2014, s. 341).

Informantene hadde gode erfaringer med å sette av tid til å gjennomføre rusanalyse og smertekartlegging, lage individuelle behandlingsplaner, stille åpne og direkte spørsmål, ansvarliggjøre pasientene, gjøre avtaler og sette grenser. Gode relasjoner ble skapt ved å ta seg god tid og lytte til pasientens følelser. «Vi kan prioritere og kartlegge annerledes enn

sykepleier på sengepost. Vi kan sette av tid, ta stolen inntil og lytte» (Govertsen, Aanesen & Moi, 2019, avsn. 23). Helsepersonell er avhengige av tillit hos pasienten for å kunne utøve god sykepleie, pekte Govertsens informanter på.

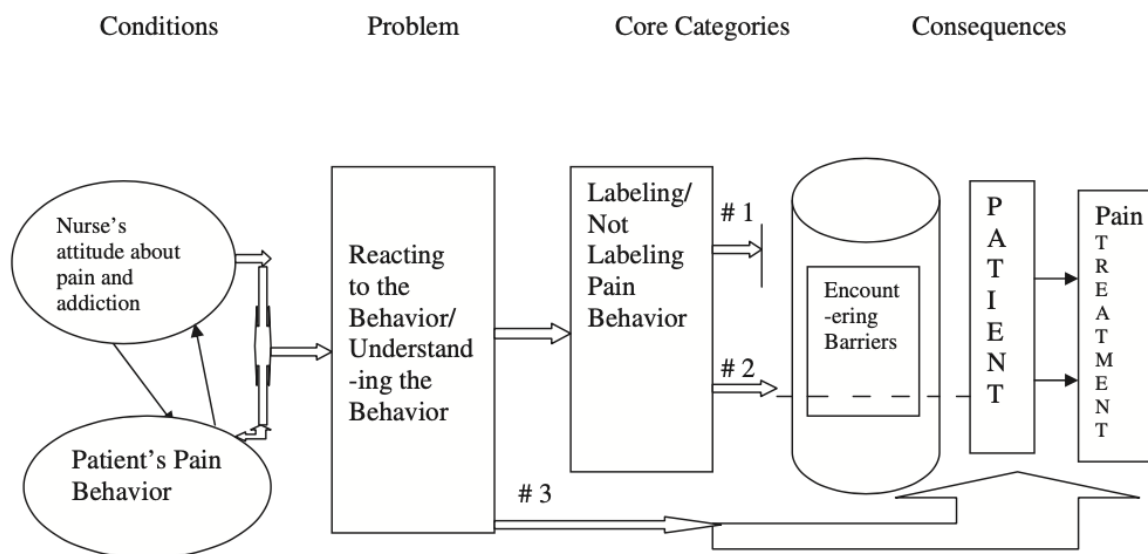
4.1.2 Fordommer og tilbakeholdenhet

Studien til Li et al. (2012) peker på at manglende smertelindring til opioidavhengige pasienter ikke bare må forstås ut fra kunnskapsmangel og dårlige rutiner, men like mye ut fra helsepersonells stereotypiske holdninger og deres påvirkning på handlingsvalg. I studien svarte 55,7% av sykepleierne at de var helt enig i påstanden om at rusmisbruk er en sykdom (Li et al., 2012, s. 257).

I studien til Morgan (2014) oppga sykepleierne at faktorer som kulturell bakgrunn, yrkeserfaring, utdanning, familiens verdier og holdninger om smerte og avhengighet påvirket deres egen holdning. En vanlig kommentar om pasienter med rusproblematikk var «... they worry that its (opiates) going to affect them [...] they don't want to encourage addiction, so they don't want to give it» (Morgan, 2014, s. 170). Deltagerne oppga også organisatoriske barrierer på arbeidsplassen som lav bemanning, ressurskrevende pasienter og dermed tettere oppfølging, vanskeligheter med å kontakte rekvirent, manglende ressurser herunder tilgang til alternative strategier for smertelindring som for eksempel akupunktur.

Det ble gjennom studien til Morgan (2014) utarbeidet en modell (fig. 1) hvor deltakerne beskrev tre forskjellige veier mot smertelindring til rusavhengige pasienter.

1. Første vei indikerer at når sykepleiere reagerer på smerteatferd i motsetning til å forstå smerteatferden, blir pasienten stemplet og barrierer blir møtt, hvor resultatet blir utilstrekkelig smertelindring. Smerteatferd ble diskutert: «When you yell at your nurse, or scream at your nurse, how do you think they are going to treat you?» (Morgan, 2014, s. 170).
2. På vei to forstår sykepleieren smerteatferden til pasienten, men møter likevel på barrierer. Likevel forsetter sykepleier å bryte gjennom barrierer og jobbe videre for smertelindring. På denne veien kan det oppstå en forsinkelse av smertelindring.
3. Tredje vei viser hvordan sykepleiere forstår smerteatferd, og går rundt barrierene for å direkte smertelindre pasienten.



Figur 1. Nursing attitudes towards patients with substance use disorders and pain.

Sykepleierne var tilbakeholdne med å gi smertestillende medisiner når de var mistenksomme på pasientens smerte da de var redde for å bidra til pasientens misbruk. «It sometimes make me more suspicious of their needs for pain medication. It makes me feel like I am contributing to the problem» (Morgan, 2014, s. 344). Tilbakeholdenhet kommer også til syne i Li et al. (2012) sin studie: 46,9% svarte at de erstattet pasientens daglige bruk for opioider (s. 256).

4.1.3 Krevende pasientgruppe

Det avdekkes i studien til Neville og Roan (2014) at sykepleierne opplever at pasientene er krevende og trenger mer av sykepleieren i form av oppmerksomhet og pleie. En informant beskrev det slik: «I have no tolerance for patients with substance abuse issues. They are manipulative, needy, and drug seeking. They take away from patient who are dependent on my nursing care» (Neville & Roan, 2014, s. 342). En annen informant oppga: «I find these patients are manipulative and require frequent monitoring» (Neville & Roan, 2014, s. 341).

Studien til Neville og Roan (2014) avdekket videre flere negative holdninger mot det å jobbe med pasienter med rusmiddelproblematikk. Dette gikk igjen av majoriteten av informantene i studien. Uttalelsene avdekker intoleranse og sinne: «Working with patients who abuse drugs and alcohol makes me very angry» (s. 341). «Caring for these patients leaves me emotional and physically drained» (s. 342).

Videre i studien til Neville og Roan (2014) identifiseres sikkerhet som en utfordring i pleien. Uttalelser om frykt og engstelighet, og rapporterer om en nødvendighet for å beskytte seg selv fra fysisk skade forekom. En informant beskrev dette: «When I have patients with substance abuse, it increases my stress because there are more safety issues to worry about, and patients can be aggressive» (s. 342). En annen informant uttalte: «At times it is very difficult to deal with these patients, it is challenging and somewhat threatening» (s. 342). Denne utfordringen var ikke bare rettet mot sykepleierne selv, men også pasienten selv og de andre pasientene:

Sometimes giving nursing care is challenging. If your patient is intoxicated or under the influence, he/she has trouble being logical or remembering safety instructions. I find these patients often need a 1:1 watch for safety reason, and when that isn't available, it is challenging. It is hard to be attentive to your other patients and aware that your patient who is under the influence could climb out of bed and fall. (Neville & Roan, 2014, s.342-343)

I studien til Govertsen et al. (2019) kommer det fram at tett oppfølging gjennom pasientforløpet bidro til kontinuitet. «Rusavhengige blir krevende når det ikke foreligger behandlingsopplegg, og alt er tilfeldig» (Govertsen et al., 2019, avsn. 28). Dermed kan man unngå at pasientene blir krevende ved å sikre gode behandlingsplaner og kontinuitet i pleien for pasientene.

4.2 Kunnskaper

4.2.1 Medikamenter

Pasientens tankekjør, søvnunderskudd, angst og depresjon skapte utfordringer i smertelindringen. Alle fakta måtte frem for at smerteregimene skulle tilpasses og fungere for hver enkelt pasient. «Vi har blitt mye bedre til å kommunisere: snakke om 'rus sug', tankekjør og se pasientens perspektiv. Det gjør at vi kommer i mål» (Govertsen et al., 2019, avsn. 25).

Pasienter med rusmiddelavhengighet kunne være utagerende og skape uro på sengepost dersom de ikke blir tatt på alvor eller oppnår adekvat smertelindring, ifølge informantene i studien til Govertsen et al. (2019, avsn. 28). Sykepleierne erfarte at effekten av forordnede medisiner kunne utebli. For å lykkes med smertelindring til rusavhengige pasienter, er utvidede fagkunnskaper et kriterium: «Jeg gir nødvendigvis ikke mer medisiner, men flytter litt på dosene. Da blir det gjerne lettere for pasienten» (avsn. 30-31).

Juridiske bekymringer ble nevnt flere ganger i studien til Morgan (2014). Deltakerne oppga at de var redde for at de skulle gå for langt i smertelindringen. En deltaker sa:

I'm advocating for the patient even though I know that the patient is taking a lot (of pain medication). But at the same time I know that his tolerance is very, very high ... Even though, you know, I'm the one asking for more (pain medication from the doctor) because I really and truly believe that the patient needs more or is it just because I want to get him out of my face? ... Secondly what worries me is like we say "Oh his tolerance is very high, but when are we going to cross that line? When are we going to get him a little bit too much? (Morgan, 2014, s. 172)

I studien til Li et al, (2012, s. 257) oppga sykepleierne et lavt til middels egenvurdert kunnskapsnivå om smertelindring.

4.2.2 Samarbeid

I studien til Govertsen et al. (2019) fortalte en av informantene at smertebehandlingen på sengepost tidvis ikke var tilfredsstillende, og kunnskapen hos enkelte sykepleiere og leger var mangelfulle. De ga også uttrykk for at sykepleierne lærte mer dersom de utførte vurderinger sammen med smerteteamet. «Det er trygt for sykepleierne lettere å ta kunnskapen videre» (avsn. 34).

Smerteteamet bidro til mestring hos sykepleierne som mangler erfaring rundt smertelindring av pasienter med rusmiddelproblematikk når de mestret å lindre smerten til de pasientene som ble opplevd som utfordrende. «Det er ingen sykepleier på sengepost som våger å titrere opp mot 100mg morfin intravenøst dersom du aldri har gjort det før» (Govertsen et al., 2019, avsn. 42).

Også studien til Neville og Roan (2014) avdekker et ønske om et samarbeid. Informantene beskrev et behov for støtte både for seg selv og pasientene sine. «I don't have enough training in this area to be comfortable taking care of these patients» (s. 343).

Det var enighet om at pasientmedvirkning innen gitte rammer er avgjørende. Tett oppfølging gjennom hele forløpet bidro til kontinuitet. «Å være tilstede, tett oppfølging og evaluere er viktig» (Govertsen et al., 2019, avsn. 29).

4.2.3 *Klinisk blikk*

I studien til Li et al. (2012) svarte 25% av respondentene at de svært ofte eller ganske ofte brukte smertekartleggingsverktøy. Da gjenstår 75% som tok dette sjeldnere eller aldri i bruk.

Sykepleierne i studien til Neville og Roan (2014) opplevde inkongruens i pasientens smerteopplevelse. Deres kliniske observasjon samsvarte ikke med pasientens ønske eller krav til smertelindring. «Sometimes it is just plain hard to assess their pain and whether or not it is real; it can get really confusing» (s. 343). Sykepleierne oppga at de var ambivalente i smertekartlegging av pasienten og nødvendigheten av smertestillende på bakgrunn av mistanker og uærlighet fra pasientens smerteopplevelse og hvordan deres handlinger kunne påvirke pasientens misbruk. «It sometimes makes me more suspicious of their need for pain medication. It makes me feel like I am contributing to the problem» (2014, s. 344).

Sykepleierne følte at de bidro til pasientens avhengighet.

4.2.4 *Utdanning og kompetanseheving*

En informant i studien til Morgan (2014) snakket om behov for mer utdanning:

They (other nurses) need to be educated about what addiction is and how it comes about ... nurses didn't think it was important at all to have all these drug and alcohol counselors, and ... what are you thinking about? If somebody has cancer, you are going to find out what you can about cancer ... It's something that people have, and you need to be educated about it. (Morgan, 2014, s. 170)

En annen sykepleier i studien oppga at hun følte at hennes lange erfaring var til hjelp, og sammenlignet seg med mindre erfarne sykepleiere:

I'm not a new grad, and I've evolved in my nursing career as well as from a personal standpoint too. Years ago I would not have the patience to deal with somebody that was carrying on. Now I look at it from the standpoint that I'm not walking in their shoes ... so I cannot begin to judge them based on what their history is ... So you kinda learn and I think new nurses and new grads, this is a difficult role to do, because they don't have the experience and they don't have a lot of confidence yet. (Morgan, 2014, s. 170)

Behovet for mer utdanning ble påpekt av flere sykepleiere også i studien til Neville og Roan (2014). Å pleie denne pasientgruppen krevde kunnskap de ikke hadde eller var forberedt på. Sykepleierne oppga at mangel på kunnskap om psykiatri og rusmiddelavhengighet var en utfordring i deres evne til å ta vare på pasientene med både fysiologiske og psykiske diagnoser. «I feel uncomfortable because we do not have adequate training in this field» (s. 342). Videre fortalte informantene at de ivaretar disse pasientene som alle andre pasienter,

[6122+6131]

men har ikke ressurser nok til å gi den ekstra støtten som trengs. «We care for them as with any patient, but they need additional support that the staff RN cannot give to them» (s. 342).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Arbeidet startet med litteratursøk. Vi hadde flere søk der vi fikk flere treff enn vi hadde tid og kapasitet til å utforske. Rus er et stort tema, og for å treffe vår hensikt var vi avhengige av å bruke gode søkeord. Vi hadde forberedt oss godt og hadde kontroll under søkearbeidet. Vi jobbet systematisk og tok for oss titler og sammendrag før artiklene ble valgt ut til neste runde. Før vi startet på utvalget av artikler til analyse, ble resultat og metodekapittelet gjennomgått. Vi har derfor forkastet artikler i flere omganger, og satt til slutt igjen med fire artikler til analyse. I analysearbeidet så vi at noen artikler hadde en annerledes hensikt enn vår, men at de fortsatt belyste vår hensikt godt. Vi ønsket i hovedsak å benytte oss av kvalitative studier, da vår hensikt var å belyse utfordringer og holdninger. Holdninger er vanskelige å kartlegge og er en personlig egenskap. Fire studier har ikke mulighet til å dekke over alle holdninger og alle utfordringer, men de har gitt oss et godt overblikk over hvilke utfordringer som ser ut til å gå igjen i samtlige studier. Vi tok også med oss en kvantitativ studie som for å belyse temaet fra flere sider og mer generalisert. Kvantitativ studie gir oss også mulighet til å se på forekomsten av de ulike utfordringene basert på tallene som er presentert.

5.1.1 Studienes land og arena

Studiene vi har brukt stammer fra Norge og USA. Da vi ikke fant nok studier i Norden, valgte vi å se etter studier fra andre vestlige land, og fant studier i USA vi kunne relatere oss til. Selv om begge land har høyteknologisk helsevesen, har ikke USA den sosialdemokratiske velferdsstaten vi har, noe som kan bidra til andre systematiske utfordringer. Det hadde vært optimalt med studier fra Norge og Norden, men utfordringene vi fant i de amerikanske artiklene kunne vi kjenne igjen i de norske studiene og av egne erfaringer.

Vi ønsket å se på utfordringene sykepleiere på somatisk sykehus hadde i forbindelse med pasientgruppen, og valgte derfor studier som er utført på sykehus, på ulike sengeposter i somatikken.

5.1.2 Studienes forskere, deltakere og informanter

Da vi valgte ut artikler, var det en nødvendighet for oss at forskerne hadde en helsefaglig bakgrunn. Vi ønsket at forskerne hadde nødvendig forkunnskaper til temaet. I alle artiklene er

minst en av forfatterne sykepleier. De andre forfatterne har alle helsefaglig bakgrunn, og noen med høy akademisk grad.

Vi har hele tiden hatt fokus på sykepleiernes perspektiv, og derfor måtte informantene og deltakerne i studiene være sykepleiere. Vi har sjekket studienes inkluderingskriterier for valg av informanter, og sikret oss at dette var sykepleiere som hadde erfaring med pasienter med rusmiddelmissbruk i somatikken.

I studien til Govertsen et al. (2019) er informantene spesialsykepleiere ansatt på smerteklinikk med minst to års erfaring med rusproblematikk. Disse gir ikke uttrykk for egne erfaringer og utfordringer med pasientgruppen, men belyser kollegers utfordringer på samarbeidende sengeposter. Utfordringene i denne artikkelen blir derfor belyst fra utsiden og inn, og kan bidra med ufiltrert innblikk i utfordringene. Det er kanskje ikke alltid like enkelt å svare på spørsmål om funksjonsområder utenfor egen primærfunksjon, og informasjon kan derfor bli holdt tilbake. Imidlertid sammenfaller spesialsykepleiernes svar med resultater fra analysens øvrige studier, noe som styrker dataenes validitet. På den andre side er det en fordel at de øvrige studienes informanter kjenner utfordringene fra innsiden. De vet hvor skoen trykker. Vi har inntrykk av at informantene svarer ærlig, i alle våre integrerte studier, om utfordringene de står i på sengepost. Flere av informantene i de ulike studiene har lignende utfordringer, noe som kan bekrefte konsensus med virkeligheten, og gi oss et godt bilde av hvilke utfordringer sykepleierne har i møte med denne pasientgruppen.

Ved intervju og observasjoner må det tas høyde for at forskerens personlighet vil prege resultatene. Jo bedre forskeren mestrer metoden, jo bedre blir resultatene og dermed også reliabiliteten. Evnen forskeren har til å oppnå kontakt med intervjuperson har stor betydning for arbeidet (Dalland, 2018, s. 54). Flere av forskerne i studiene vi har valgt ut har utført flere ulike studier og er kjent med metoden, noe som styrker forskningens troverdighet.

5.1.3 Studienes metoder og analyse

I studien til Li et al. (2012) er spørreskjemaet egenkomponert og ikke validert eller testet ut i andre studier. Li et al. (2012) oppgir også egne svakheter med studien, som viser at forskerne har kritisk vurdert sitt eget arbeid. Li et al. intervjuet sykepleiere som har erfaring med å jobbe med pasienter med rusproblematikk, og sykepleiere uten den erfaringen ville gjerne

svart annerledes. Imidlertid hadde studien høy svarprosent og representerer flere ulike landsdeler, noe som styrker dataenes validitet. Datamaterialet ble analysert med hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Dette programmet er et godkjent og godt brukt program for å analysere medisinske data. Bruk av et anerkjent verktøy for håndtering av data, styrker gyldigheten av resultatene.

En mulig svakhet vi avdekket i studien til Govertsen et al. (2019) var at studien hadde få informanter, med dybdeintervju av seks ulike sykepleiere. Til gjengjeld var informantene fra fire ulike sykehus, noe som gir en større bredde i resultatene, og kan styrke studiens overførbarhet. Studiens troverdighet styrkes ved at forforståelsen har blitt kartlagt gjennom hele forskningsprosessen. Videre har alle forfatterne diskutert og reflektert over uklarheter som oppstod gjennom analyseprosessen, noe som ga forfatterne felles forståelse av resultatene.

I forskningen til Neville og Roan (2014) ble informantene bedt om å svare på to forskningsspørsmål. Selv om spørsmålene åpnet for detaljer om oppfatninger om pleie til pasienter med rusproblematikk, kan to spørsmål komme til kort. Informantene fikk også beskjed om at de hadde 15 minutter på seg, og det kan være vanskelig å svare adekvat dersom man føler på tidspress. Imidlertid er det nærliggende å tenke at de første tanker som melder seg hos informantene, er genuine og informative, særlig med tanke på informantenes erfaring med feltet.

Studien til Morgan (2014) ble godkjent av vurderingsnemnd ved universitetet og sykehuset hvor studien fant sted. Analysen begynte allerede ved første intervju. Feltnotater ble brukt etter hvert intervju for å beskrive nonverbal informasjon og undersøkerens inntrykk av intervjuet. Intervjuet ble transkribert ved hjelp av lydopptak, deretter ble lydopptaket dobbeltsjekkert for å sikre nøyaktighet. Studien skiller seg imidlertid ut ved at resultatene er oppsummert i en modell. Denne bygger på en modell som er utviklet av Morgan (2006) i en tidligere studie. Når resultatet er i modellform, er det rom for tolkning og vi må ta høyde for vår forforståelse og hvordan vi tolket dataene. Vi har derfor studert både modellen og videre diskusjon i artikkelen, for å få et helhetlig bilde av studien og best mulig datagrunnlag til vår analyse.

Ved å se kritisk på studienes metode har vi undersøkt forskningens reliabilitet. Artikkene har en transparent metode og analyse, og det er lett å følge forfatterens hensikt. Forskingen kan derfor etterprøves, for å kartlegge sykepleiere ved andre sykehus for videre utforskning av fenomenet.

5.1.4 Ethiske forhold

I studien til Li et al. (2012) ble anonymitet ivaretatt. Allmenne forskningsetiske prinsipper har blitt fulgt. Studien er godkjent av personvernombudet Norsk samfunnsvitenskapelig database.

Undersøkelsen i studien til Govertsen et al. (2019) var ikke meldepliktig ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD). Undersøkelsen ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer. Transkripsjonene fra informantene ble anonymisert, oppbevart innelåst under forskningsprosessen og destruert etter gjennomføring av innholdsanalysen.

Informantene har undertegnet samtykkeerklæring etter muntlig og skriftlig informasjon om studien.

I artikkelen til Neville og Roan (2014) går det frem at taushetsplikten er ivaretatt og studien har fått godkjenning fra den akademiske institusjonen og hos det medisinske senteret studien er avholdt.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Holdninger

Negative holdninger fra sykepleierne er avdekket i flere av studiene og bidrar til utfordringene i møte med pasienter med rusproblematikk. Uttalelsene i studien til Neville og Roan (2014) viser tydelig at sykepleiere har en negativ oppfattelse og begrunnede vansker med å pleie disse pasientene. Negative holdninger som intoleranse mot pasientene, sinne, mistillit og følelse av manipulasjon kommer til syne, og disse skaper også mistillit hos pasientene.

Pasientene samarbeider bedre og snakker sant dersom helsepersonellet viser respekt og oppnår tillit (Li et al., 2012). Travelbee (1999, s. 169-217) mener imidlertid at man ikke når helt fram i relasjonsbyggingen dersom vi har rollene som «pasient» og «sykepleier», men at det er først når vi som individer møtes man opplever et menneske-til-menneske forhold. Dette forholdet må bygges over tid og vises i samhandlingen med pasienten. Det kan oppstå både

stagnering og det kan stoppe helt opp, og da er det sykepleierens ansvar å finne ut hvorfor og gjøre det som er nødvendig for å gjenoppta relasjonen. Vi mener at et godt samarbeid med pasienten bidrar til å styrke relasjonen mellom pleier og pasient som igjen kan styrke tilliten og bidra til å redusere de negative holdningene. Å etablere et tillitsforhold til pasienter med rusmiddelproblematikk kan være krevende for helsepersonell, da mange rusavhengige er skeptiske til både helsevesenet og helsepersonell. Tilliten kan raskt bli brutt av krenkelser (Govertsen et al., 2019, avsn. 50). Rusavhengige er vant til å bli møtt med mistillit, og kommer ofte fra miljøer der det er vanskelig å stole på hverandre (Govertsen et al., 2019, avsn. 52). Mangel på tillit hos pasienten kan føre til at pleien ikke blir optimal og at pasienten avslutter behandling og skriver seg ut på eget ansvar. Helsepersonellens holdninger blir derfor viktige for god sykepleieutøvelse (Govertsen et al., 2019, avsn. 55). Sykepleiere kan også stigmatisere og mistolke pasientens atferd. Negative holdninger til denne pasientgruppen forekommer, og det foreligger en allmenn oppfatning om at pasientene er uærlige om sitt misbruk og av effekten på medikamentene som gis (Govertsen et al., 2019, avsn. 54). Holdninger hos helsepersonell der pasientens mistenkes for å lyve til seg medikamenter, blir raskt avslørt og skaper et dårlig samarbeidsmiljø med pasienten (Biong & Skoglund, 2012, 189). Vi erfarer at dersom pasienten ikke har tillitt til sykepleieren, kan han hemmeligholde informasjon om sitt misbruk til sykepleieren. Det kan skape en ond sirkel med pasienten der han tilbakeholder informasjon, samtidig som sykepleier tilbakeholder medikamenter. Dersom pasienten ikke blir tilstrekkelig smertelindret kan han bli utagerende og krevende og skape en utrygg situasjon for seg selv, sykepleier og andre medpasienter.

Å etablere et tillitsforhold krever tid (Govertsen et al., 2019). Vi oppfatter at siden liggetiden på sykehus ofte er kort kan det være problematisk å etablere en god relasjon. For å kunne skape en god relasjon til pasienten må vi møte pasienten som et unikt individ og gå igjennom prosessen for å skape et menneske-til-menneske forhold. Hjelp til mestring av sykdom og lidelse, blir et overordnet mål med sykepleie (Travelbee, 1999).

Vi mener at det er viktig å skape en god relasjon med pasientene, for å kunne se individet man har ansvar for, bryte ned negative holdninger og stigma og se mennesket bak avhengigheten. Ved å skape en god relasjon kan vi lettere ansvarliggjøre pasientene, vi kan stille krav og bidra til et godt og trygt opphold på sykehus slik at vi kan bryte barrieren de har i møte med helsevesenet og bidra til å gjenvinne tillit til helsevesenet igjen. Opplevelsene pasienten har

på sykehus, bærer de med seg i videre erfaringer. Ved å være bevisst og ta ansvar for våre holdninger bidrar vi også til å redusere stigmaet og utfordringene ved å ha ansvar for disse pasientene. Vi utfordrer oss selv til å ta ansvar for våre egne holdninger og synspunkter som vi kan ta videre med oss i neste pasientsituasjon. En av informantene i studien til Morgan (2014) peker på at egne erfaringer styrker hennes evne til å møte disse pasientene, imidlertid peker Morgan (2014) på tidligere studier som avdekker at nyutdannede sykepleiere og de med økt utdanning har bedre holdninger mot pasientene med rusavhengighet enn de eldre sykepleiere og de som har mindre utdanning (Howard & Chung, 2000). Vi tolker det dermed som at det ikke nødvendigvis alltid er de med lengst erfaring som har de beste holdningene, men at kunnskap også har stor betydning for hvilke holdninger vi innehar.

Videre ble utfordringer med smertelindring avdekket i studiene. Smertelindringen blir ikke optimal, ikke bare på grunn av rutinene på arbeidsplassen og manglende kompetanse, men også på bakgrunn av holdningene til sykepleieren og deres påvirkning på handlingsvalgene (Li et al., 2012). Negative holdninger til pasientgruppen, der sykepleier føler seg manipulert og har mistillit til pasienten skaper utfordringer i smertelindringen. Holdningene påvirkes av kulturell bakgrunn, utdanning, yrkeserfaring, og verdier og holdningene sykepleierne er vokst opp med (Morgan, 2014). Smertefenomenet er svært sammensatt opplevelse. Den påvirkes av flere ulike faktorer som kan forverre eller forbedre smerteopplevelse. Det å ikke bli trodd på sin smerte kan være vondere enn å bære smerten (Danielsen et al., 2017, s. 382). Det kan være utfordrende å vite holdbarheten i pasientens smerteopplevelse. Uten målbare tegn kan sykepleieren være nølende til om pasienten faktisk har smerter eller ikke. Vi må derfor bare akseptere at det ikke er vi som sitter med fasiten, men pasienten selv. Dersom man tviler på pasienten, kan sykepleieren redusere muligheten for optimal smertelindring (Danielsen et al., 2017, s. 382). Sykepleierens forståelse av smerteatferd har påvirkning i hvordan smertelindringen er for pasienten. Dersom hun ikke forstår atferden, og stempler pasienten med sine holdninger og dermed møter barrierer resulterer det i dårlig smertelindring. Dersom hun forstår smerteatferden, men må bryte barrierer og jobbe for smertelindring, bidrar det til forsinkelse av smertelindringen, på grunn av sykepleierens tankeprosess i forkant av medisinerings. Dersom sykepleieren går rundt barrierene og går direkte på smertelindring, oppnår man optimal smertelindring raskere (Morgan, 2014).

Vi oppfatter at holdninger rundt pasientene med rusmiddelavhengighet påvirker i stor grad pleien til pasientene. Det påvirker videre pasientens rett til å bli sett og hørt. Kari Martinsens omsorgsteori bygger på at vi har et moralsk ansvar i møte med pasientene våre, og vi må være solidariske i møte med de svake gruppene i samfunnet (Nortvedt, 2016, s. 54). I sykepleiens etikkhistorie, særlig hos diakonissene, fremheves det å ha gode holdninger til pasienten som noe av det viktigste for god sykepleie. Holdningene våre må være genuine, og ikke påtatte. Holdningenes etiske betydning i sykepleie skal komme frem gjennom høflighet, vennlighet, vi må være lyttende og oppmerksomme (Nortvedt, 2016, s. 58). Relasjonen blir et viktig fundament i omsorgsetikken. Vår holdning skal uttrykke omsorg, og vi må ta del i pasientens erfaringer for å kunne ha en forståelse og evne til å forestille oss pasientens opplevelse av den kliniske situasjonen (Nortvedt, 2016, s. 57). Betydningen av emosjonell forståelse står sentral i Martinsens omsorgsetikk. Det er pasientens egen opplevelse av sin sykdom som skal stå i fokus. Både pasienter og pårørende kan utfordre vår tålmodighet, men man må likevel prøve å holde oss profesjonelle og svare høflig og vennlig (Nortvedt, 2016, s. 58).

Videre mener vi at sykepleiere har et ansvar for hvordan de omtaler pasientene sine. Morgan (2014) viser til en tidligere studie der ulik terminologi har innvirkning på hvordan vi ser pasienten. Dersom vi bruker ord som rusmiddelmissbruker istedenfor rusmiddelavhengighet er det større sannsynlighet at avhengigheten blir sett på i lys av at det er pasientens eget valg og deres problem og man kan da bli mer enig i utsagn om at det er straff og ikke hjelp personen trenger (Kelly & Westerhoff, 2009, s. 2). Derfor mener vi at sykepleiere må være klar over makten de sitter med, og at ordvalg og terminologi kan ha stor betydning for holdningene rundt pasientgruppen. Hvilken terminologi som er korrekt å bruke tas også opp i en proposisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016), der det uttrykkes skepsis til begrepet «rusmiddelavhengig». Dette kan begrunnes med at det kan være uheldig å omtale personene med det helseproblemet de har. Videre står det at «rusmiddelavhengig» og «rusmiddelmissbruker» ikke er helt sammenfallende. Avhengighet og misbruk viser til ulike sider ved rusmiddelbruken. På sykehus blir det rett å omtale personen som pasient, men dersom det passer bedre med uttrykket «personer med rusmiddelproblemer» bør en bruke dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9).

I studien til Li et al. (2012) viser at et stort flertall av sykepleierne tror at pasientgruppen ikke forteller sannheten og dermed møter disse pasientene med mistillit. Rusmiddelavhengige

pasienter kan skape uro og være utagerende på sengepost dersom de ikke blir tatt på alvor eller oppnår adekvat smertelindring (Govertsen et al., 2019, avsn. 65). Dette blir også tatt opp i studien til Li et. al (2012) der klinisk erfaring viser at opioidavhengige pasienter samarbeider godt og snakker sant om sitt misbruk dersom helsepersonell viser dem respekt og oppnår tillit. Studien til Neville og Roan (2014) avdekker uttalelser om frykt og engstelighet hos sykepleierne, og at det er en utfordring og et spørsmål om sikkerhet i møte med pasienter som utagerer og er påvirket av rusmidler. Ved å smertelindre denne pasientgruppen tilstrekkelig, reduserer man dermed risikoen for utagering og uro. Derfor kan vi med å sikre et godt forløp for pasienten, med et tilstrekkelig behandlingsopplegg, redusere risikoen for at pasienten blir krevende (Govertsen et al., 2019). Dersom det foreligger gode rutiner på hvordan man skal imøtekomme denne pasientgruppen og med det forebygge uro og utagering, blir det tryggere for sykepleierne å pleie pasientgruppen på post. Dersom sykepleiere har forståelse for hva som forårsaker pasientens uro, blir det lettere å møte pasienten med forståelse og empati istedenfor frykt.

5.2.2 Kunnskap

Sykepleierne i studien til Li et al. (2012) oppga selv lavt til middels egenvurdert kunnskapsnivå om smertelindring, selv om deres svar på kunnskapsspørsmål tilsa at det spesifikke kunnskapsnivået vedrørende toleranse var høyt. Det samme gjaldt kunnskapen om at rusavhengige pasienter har behov for større doser med opioider for å få smertelindrende effekt. Til tross for at helsepersonell oppga om å ha god kunnskap om toleranse, hyperalgesi og rusavhengighet, får ikke denne pasientgruppen mer analgetika enn andre inneliggende pasienter. Dette tyder på manglende samsvar mellom faktisk kunnskap og anvendelse av denne kunnskapen (Li et al., 2012). Selv om de har kunnskapen, kan de påvirkes av dårlige holdninger som kan bidra til redusert læringsmuligheter. Du lærer best om det du selv mener er positivt (Håkonsen, 2017, s. 136). Dermed mener vi at gode holdninger og et positivt arbeidsmiljø, kan styrke sykepleiernes læringsmuligheter. Sykepleierne som jobbet i smerteteam i studien til Govertsen et al. (2019) delte erfaringer om smertebehandling som ikke var tilfredsstillende og at kunnskapen hos enkelte av sykepleierne og legene på post var mangelfulle. Sykepleierne fortalte videre at dersom man skal lykkes med smertelindring må man ha utvidede fagkunnskaper for å kunne ta høyde for alle faktorene som kreves for å sikre adekvat smertelindring. Ved økt kunnskap om kombinasjoner av medikamenter og doseringer, kombinert med tid til pasienten, høyde for pasientens tankekjør, angst, depresjon

og søvnunderskudd og god behandlingsplan, sikrer man god kontinuitet i pleien til pasientene (Govertsen et al., 2019).

Det kan være utfordrende å stå i situasjoner der man ikke er trygg i sin kompetanse, der man kjenner på usikkerheten av å gi store doser medikamenter hos enkeltpasienter som overskrider anbefalte doser. Å stå i dette alene uten tilstrekkelig kompetanse er ikke optimalt, og derfor er det viktig å sørge for å innhente denne kompetansen. I studien til Govertsen et al. (2019) forteller sykepleierne fra smerteteamet om gode erfaringer med å samarbeide med sykepleierne på post for å følge opp disse pasienten og gi faglig trygghet. Sykepleierne oppgir at det er utfordrende å behandle denne pasientgruppen når sykepleierne ikke føler de har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientene sine (Neville & Roan, 2014). Det fører til at de føler seg utrygge og lite rustet for utfordringene som hører med, og de har behov for hjelp og støttetjenester fra helsepersonell med økt kompetanse til seg selv og til pasientene. Pasientene krever oppfølging som de ikke føler seg rustet til på sengeposten (Neville & Roan, 2014). Når informantene i studien til Govertsen et al. (2019) brukte sin spesialkompetanse om kombinasjoner av medikamenter og doseringer oppnådde pasientene smertelindring. Erfaringene synliggjør at kompetansen på sengepost ikke er tilstrekkelig og at det er viktig med økt kunnskap rundt fenomenet (Govertsen et al., 2019). Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å opptre faglig forsvarlig og innhente nødvendig kompetanse når man må (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre har spesialisthelsetjenesten plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell som utfører tjenester kan opprettholde sine juridiske plikter og sikre at pasienten gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2).

Juridiske bekymringer ble oppgitt som en utfordring i studien til Morgan (2014) og deltakerne var redde for at de skulle gi for mye medikamenter. Høy toleranse krever større doser, men hva hvis man gir for mye og sitter selv ansvarlig for dosen man har gitt? Vi har forståelse for at det er vanskelig å stå i situasjoner der man må overskride doser vi ikke er trygge på, derfor er det viktig å innhente nødvendig kompetanse. Dette viser studien til Govertsen et al. (2019) at gir trygghet til sykepleiere på post. Når erfarne sykepleiere støtter opp i utrygge situasjoner, bidrar dette til mestring for sykepleierne (Govertsen et al., 2019). God smertelindring bør gå foran frykten for å overmedisinere og somatisk sengepost bør ikke har noe mål om avrusning av pasienten. Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig smertelindring, kan han forlate

avdelingen mot medisinsk råd. Substitusjonsbehandling i seg selv, gir ikke smertelindring til pasienten og dekker kun pasientens avhengighet. Dosen av smertelindring bør derfor økes for å unngå abstinenser som øker pasientens ubehag (Biong & Skoglund, 2012, s.194).

Vi ser også at det skaper videre utfordringer dersom det ikke er samsvar mellom klinikk og pasientens opplevelse. Sykepleierne opplever manglende samsvar i pasientens smerteopplevelse og deres kliniske observasjoner (Neville & Roan, 2014). Pasientens ønske og krav til smertelindring kunne være vanskelig å kartlegge (Neville & Roan, 2014). Sykepleierne mistenkeliggjorde pasientene og var ambivalente i nødvendigheten av smertestillende på bakgrunn av mistanke om uærlighet fra pasientens side. De er redde for å bidra til pasientens misbruk (Neville & Roan, 2014). Vi tenker at sykepleiere som føler seg manipulert av pasienten, stoler heller ikke på pasienten. Disse holdningene påvirker deres evne til å utøve sykepleie. Holdningene vi har påvirker hvordan vi møter pasienten og hans behov for smertelindring. Dersom vi tenker at pasienten manipulerer oss og lyver for å få smertelindring, kan vi overse hans faktiske behov for smertestillende og fraskrive oss ansvaret vi har for å kartlegge dette.

Studien til Li et al. (2012) avdekker at flertallet ikke bruker smertekartleggingsverktøy i møte med pasientene, selv om vi lærer viktigheten av å ta i bruk systematiske hjelpemidler i møte med pasienter. Videre peker studien på hvorfor sykepleierne ikke tar i bruk kartleggingsverktøy. Dette kan skyldes manglende rutiner, men det kan også knyttes til stigmatiserende, moralistiske og negative holdninger som helsepersonell kan ha til opioidavhengige. Flere av studiene fra vår analyse viser til utfordringer ved å kartlegge pasientene, og det viser viktigheten av å ta i bruk de verktøyene og ressursene man har for å kunne sikre god pleie til brukerne. Sykepleieprosessen kan brukes til å kartlegge og identifisere pasientens behov for sykepleie, og sikre kontinuitet i pleien ved tiltak og mål som blir evaluert kontinuerlig. Behandlingsplan lages i samråd med pasienten og det er pasientens forståelse av sine problemer og utfordringer som skal komme til syne i behandlingsplanen og ikke nødvendigvis det sykepleieren selv mener pasienten har behov for (Dahl & Skaug, 2014, s. 25). Det er viktig å være bevisst på vår persepsjon når vi tolker observasjoner fra pasienten. Vi tolker med sansene våre, og vi må være klar over at det påvirker hvordan vi oppfatter data. Det blir derfor vanskelig, men nødvendig å kunne skille de dataene vi får fra pasienten via sansene våre fra de egenskapene vi tillegger pasienten. Vi må skille mellom det en sanser og

vår egen fortolkning av dette. Vi må se på fenomenene nyansert, møte dem med åpenhet og ikke raskt tolke dem inn i vår egen persepsjon. Vi må være åpne for at vi feiltolker data. Det er ikke alltid pasientens uttrykk samsvarer med hans subjektive opplevelse. Dette kan skyldes flere forhold. Noen ønsker ikke dele alt han føler og tenker, mens andre ikke opplever tillitt til sykepleieren (Dahl & Skaug, 2014, s. 30-31). Ved å ta i bruk sykepleieprosessen med fokus fra pasientens ståsted, kan man evaluere sammen med pasienten hva som fungerer og ikke.

Pasientens rett til medvirkning er også nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Tjenestetilbudet skal utformes sammen med pasienten så langt det er mulig. Pasientens mening skal vektlegges, og pasienten har rett til medvirkning ved valg mellom tilgjengelige undersøkelser og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses hver enkelt pasient og deres evne til å gi og ta imot informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Sykepleieren som profesjonsutøver skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, og sikre pasienten faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Sykepleieren skal ivareta pasientens rett til medbestemmelse og beskytte pasientens rett til å ikke bli krenket (NSF, 2007). Vi må være bevisst vår ansvar og vi skal ivareta pasientene våre, også de vi finner utfordrende.

6.0 AVSLUTTENDE DRØFTING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Gjennom vår studie ser vi at utfordringene sykepleiere har med denne pasientgruppen kan skyldes holdninger og kunnskapsmangel. Vi mener at kunnskap skaper forståelse, som igjen gjør deg i stand til å støtte og ivareta de rundt deg på en bedre måte.

Som profesjonsutøvere har sykepleiere forpliktelser ovenfor pasientene våre, men pasienten har ikke et ansvar for å gjengjelde dette. Hvilke holdninger vi har påvirker hvordan vi utfører pleie til pasientene, og det er vår jobb å sikre oss at pasientene får den pleien de har krav på. Tillit går begge veier, og vi må sammen med pasienten skape en god relasjon. Vi skal utøve vår pleie rettferdig, vi skal ikke krenke pasienten og vi skal ivareta deres iboende verdighet. Vi har moralske forpliktelser som sykepleiere og et samfunnsansvar for å stå opp for de svakeste pasientgruppene. Vi må vite hvilken makt vi innehar og velge våre ord med omhu. Bruk av korrekt terminologi kan forebygge negative holdninger til pasientgruppen. Hvordan vi omtaler pasientene våre i rapporter og på vaktrommet, påvirker andres oppfattelse av pasienten. Ved å omtale pasienten negativt, blir vi med på å skape negative holdninger og gi dem rom for å blomstre.

Negative holdninger kan også være bunnet i mangel på kunnskap. Vi har som helsepersonell plikt til å innhente kompetanse der vi ikke selv strekker til, men det er ikke alltid vi er klar over at vi mangler kompetansen som trengs. Studien til Li et al. (2012) forteller at selv om sykepleiere oppgir god kunnskap rundt tematikken, samsvarer ikke dette med utøvet praksis. I studien til Govertsen et al. (2019) belyses det viktigheten av å ta i bruk tilstrekkelig kompetanse, og ta i bruk smerteteam når man ikke kommer i mål med smertelindringen. Det er ikke uvanlig å bruke spesialsykepleiere ved andre diagnoser. Dersom en pasient får utlagt tarm, er ikke stomisykepleieren langt unna. Det samme bør gjelde for pasienter med rusavhengighet, som man ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring hos.

Bruk av retningslinjer og kartleggingsverktøy kan bidra til bedre kontinuitet i pleien, og dersom man har gode retningslinjer som viser hvor vi kan hente inn nødvendig kompetanse når vi ikke kommer i mål selv, kan terskelen for å ta dette i bruk bli lavere. Dersom man møter pasienten og ivaretar hans behov, kan han være mindre utagerende og krevende. Man kan da få tryggere arbeidsmiljø i samhandling med pasientgruppen.

Studien til Morgan (2014) viser til at holdningene blant nyutdannede sykepleiere og hos de som hadde lengre utdanning var mindre negative og stigmatiserende enn hos de som har vært i pleien lenge. Hva endres med årene? Er det endringer i utdanningen? Grunnleggende holdninger hos sykepleieren? Blir man mindre berørt av pasientens behov? Dette er et tema som vi synes hadde vært spennende å kartlegge og utforske videre.

Våre konkrete forslag til praksis blir å ta i bruk spesialkompetanse i smerteteam, og få en automatikk i dette slik at denne pasientgruppen kan ivaretas. Da slipper sykepleiere å stå med utfordringene alene og får hjelp til å bli tryggere i møte med den rusavhengige pasienten. Dersom sykepleiere føler seg trygge med pasientgruppen, kan det bidra til å redusere stigma og holdningene som disse pasientene møter når de blir innlagt i sykehus. Vi har sett at holdningene vi innehar er en stor utfordring i møte med disse pasientene. Videre blir det viktig å jobbe med kulturen på arbeidsplassen slik at man blir bevisst på hvordan man ordlegger seg i rapporter og hvordan man omtaler pasientene våre. Studiedager med fokus på problematikken kan også bidra til ny kunnskap på post, og sette fokus på holdningene.

Vi har selv erfart at kunnskapen vi har ikke alltid samsvarer med hvordan ting gjøres i praksis, dette kan føre til at kunnskapen vi har ikke kommer frem. Dersom vi innehar kunnskapen om at rusavhengige skal ha høyere dose smertelindring, men ingen andre sykepleiere på post utøver denne kunnskaper i praksis kan det bidra til at vi følger strømmen og ikke bruker den kunnskapen vi har. Det er dermed viktig at ledelsen er på banen og har gode retningslinjer for praksis. Samtidig har vi et selvstendig ansvar for å sikre god pleie til pasientene våre. Dermed kan man sette fokus på problematikken og få med oss andre på laget, jo flere som utøver dette i praksis jo lettere blir det å implementere dette på arbeidsplassen.

REFERANSER

- Aarre, T., Bugge, P. & Juklestad, S. (2012). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Biong, S. & Skoglund, A. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-200). Oslo: Akribe.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-32). Oslo: Akribe.
- Dahl, K. & Skaug E.-A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. K. Jahren, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (2. utg., bind 2, s.16-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen H. & Almås H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5 utg., Bind 1, s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
<https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Ebdrup, N. (2012, 27.februar). Hva er hermeneutikk? Hentet fra:
<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Eide H. & Eide T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Govertsen A. B., C., Aanesen, C. & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte til helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, (14), Artikkel e75746. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (rettigheter og bruk av tvang på rusfeltet)* (Prop. 40 L (2015-2016)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-40-l-20152016/id2466672/?ch=1>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Howard, M. O. & Chung, S. S. (2000). Nurses attitudes toward substance misusers. 1: Surveys. *Substance Use and Misuse*, 35(3), 347-365. <https://doi.org/10.3109/10826080009147701>

Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kelly, J. F. & Westerhoff, C. M. (2009). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions?: A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>

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

Morgan, B. D. (2006). Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>

Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *American society for pain management nursing*, 15(1), 165-175.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>

Neville, K. & Roan, N. (2014), Challenges in Nursing Practice. Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *The journal of nursing administration*, 44(6), 339-346.

<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>

Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: NSF.

Nortvedt, P. (2016) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-218). Oslo: Akribe.

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

VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Nursing attitudes toward patients with substance use disorder
Tidsskrift/årstall	Pain Management Nursing, 2014
Forfattere	Betty D. Morgan
Perspektiv	Sykepleierperspektiv
Problem	Sykepleiere mangler kunnskap om behandling av smerte og rusproblematikk og kan ha negative holdninger til pasienter som har disse problemene. De negative holdningene kan påvirke kvaliteten på pleien til disse pasientene.
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere og utforske kunnskapen om sykepleierens holdninger og interaksjoner med pasienter som hadde rusproblematikk, og samtidig hadde et smerteproblem, samt å generere ny teori som kan bidra til økt forståelse av problemet.
Metode	Kvalitativ studie. Det ble samlet data gjennom individuelle intervju med sykepleiere på forskjellige avdelinger på et offentlig sykehus. Det ble brukt en strukturert intervju guide med et åpningsspørsmål etterfulgt av seks oppfølgingsspørsmål som omhandlet smertebehandling til pasienter med rusproblem. Sykepleierne ble også spurt om de selv hadde noe å tilføye etter intervjuet. Etter intervjuet ble sykepleieren vist en modell, «knowing how to play the game..», utviklet på bakgrunn av pasienter med rusproblematikk sin erfaring med å oppnå smertelindring på sykehus. Sykepleierne ble bedt om å kommentere denne modellen basert på egne erfaringer. Gjennom intervjuene ble det derfor utformet en modell, «nurses attitudes toward patient with substance use disorders and pain».
Resultat	I studien kommer det frem at noen sykepleiere synes at pasientgruppen var krevende og vanskelige å tilfredsstille. Sykepleierne kunne oppleve frykt for å oppmuntre til avhengigheten ved å gi pasienten opioider. Flere sykepleiere har negative holdninger til pasienter med rusproblematikk. Studien peker på behov for mer kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen. Sykepleierne fortalte at de opplevde at denne pasientgruppen hadde lav toleranse for smerte, og at de ikke ville ha en annen behandling en medisinsk smertebehandling. Sykepleierne kunne også føle seg mistenkeliggjort for å holde tilbake medisiner. I intervjuene ble det beskrevet hvordan sykepleierne reagerte negativt på pasientens oppførsel, isteden for å se på hvordan sin egen reaksjon kunne oppfattes som negativ av pasienten. Flere sykepleiere oppga at de følte seg fanget i midten av pasient og rekvirent og at de måtte forhandle smertestillende. Flere sykepleiere hadde juridiske bekymringer i forhold til overmedisinering.

Artikkel 2	
Tittel	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus
Tidsskrift/årstall	Sykepleien forskning, 2012
Forfattere	Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs, Dagfinn Nåden
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Smertebehandling til opioidavhengige er krevende fordi opioidavhengighet stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responser, som igjen forsterker smerteopplevelse og kompliserer adekvat smertelindring. Helsepersonells kunnskaper, rutiner, og holdninger er faktorer som kan påvirke smertebehandlingen. Det foreligger ikke nok studier som kartlegger handlinger, kunnskaper og holdninger hos leger og sykepleiere.
Hensikt	Hensikten med studien er å få kunnskap om disse forhold.
Metode	Kvantitativ studie. Beskrivende tverrsnittsdesign basert på survey. 435 spørreskjema ble utsendt til sykepleiere og leger ved kirurgisk, medisinsk, intensiv og anestesiavdelinger ved fire sykehus, hvorav 312 ble besvart.
Resultater	Følgende tre spørsmål ønsket besvart

	<ol style="list-style-type: none"> 1. I hvilken grad utføres sentrale handlinger når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt på sykehus? Totalt 38% av respondentene oppga at de kartla pasientens rusmisbruk, leger kartla oftere enn sykepleiere. 46,9% svarte at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider. 23,2% oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte. 2. Hvordan vurderer leger og sykepleiere sin kunnskap om rusmisbruk og smerte? 45,3% svarte vet ikke på spørsmålet om langvarig opioidavhengighet fører til overfølsomhet for smerte. 70,8% svarte riktig på spørsmål om rusmisbrukere trenger store doser opioider for å få effekt. 3. Hvilke holdninger har leger og sykepleiere til opioidavhengige pasienter med smerte? 20,8% av sykepleierne og 26,3% av legene var enig eller nokså enige, i påstanden om opioidavhengige forteller sannheten når de formidler smerte. 56,1% av sykepleierne og 15,8% av legene svarte at de ofte føler seg manipulert av opioidavhengige. 29% av sykepleierne og 36,8% av legene svarte både og på påstanden om opioidavhengige prøver å lure dem når de ber om smertestillende.
--	--

Artikkel 3	
Tittel	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.
Tidsskrift/årstall	Sykepleien Forskning, 2019
Forfattere	Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen, Ellen Benestad Moi
Perspektiv	Sykepleier perspektiv
Problem	Studien viser til at internasjonal forskning viser at rusavhengige pasienter ikke får den smertelindringen de har krav på. Det er ulike grunner til at de ikke får dette, studien viser til manglende kunnskap om medikamenter, toleranseutvikling, hyperalgesi og substitusjonsmedikamenter. De mangler kunnskaper om bruk av smertekartleggingsverktøy. Helsepersonellens holdninger om hvordan de skal tilnærme seg brukergruppen skaper utfordringer, da det er viktig å etablere tillitt. Det finnes ikke studier som viser til smerteteams erfaringer fra før, og det ønskes å belyse deres erfaring av smertelindring hos disse pasientene og hvordan dette kan bidra til økt kunnskap hos helsepersonell.
Hensikt	Hensikten med studien er å vise spesialsykepleierens erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.
Metode	Kvalitativ studie. Individuelle intervju med seks spesialsykepleiere i smerteteam ved fire norske sykehus og benyttet en kvalitativ innholdsanalyse. Informantene ble valgt etter kriterier som lang erfaring i smerteteam og dermed kunne synliggjøre spesialsykepleierens erfaringer med å smertelindre pasienter med rusmiddelmisbruk. Informantene fikk informasjon om å belyse både positive og negative erfaringer.
Resultater	Smerteteam viser seg til å være en god ressurs for pasientene. Tid viser seg som en avgjørende faktor der smerteteamet får etablert tillitt til pasienten. Det kan være vanskelig å etablere tillitt hos en pasientgruppe som har opplevd å ikke bli trodd og er skeptiske til helsevesenet, og kommer fra miljøer der de ikke stoler på noen. En allmennoppfatning i helsepersonell er at pasienter med rusmiddelmisbruk er uærlige om sitt rusforbruk og effekten av medikamenter de får. En god holdning kan minske pasientens frykt, og er et viktig redskap for å skape tillitt. For at helsepersonell skal kunne sikre god smertelindring, kreves det økt kompetanse. Helsepersonell finner god støtte i smerteteamet når de har spørsmål om medikamenter og individuelle behandlingsplaner, men også i tilnærmingen og tillitsbygging med pasientgruppen. Det er viktig med et godt samarbeid mellom smerteteamet og helsepersonellet for å sikre pasientene god smertelindring og pleie under oppholdet på sykehus. Studier viser at sykehus med gode retningslinjer rundt smertelindring fører til at pasientene med rusmiddelmisbruk blir møtt med større verdighet og respekt, samt at pasientene opplever mindre aggressive og manipulerende. Smerteteamet kan også sikre god oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset.

Artikkel 4	
Tittel	Challenges in Nursing Practice

[6122+6131]

	Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence
Tidsskrift/årstall	The journal of nursing administration, 2014
Forfattere	Kathleen Neville, Nora Roan
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Lite forskning viser hvordan sykepleierne opplever det å behandle pasienter på sengepost som har en rusmiddelavhengighet eller misbruk og hvordan dette påvirker pasientens kvalitet av helsetjenestene.
Hensikt	Undersøke sykepleiernes persepsjon for behandling av pasienter på sengepost med rusmiddelmisbruk eller rusavhengighet.
Metode	Kvalitativ studie. 24 sykepleier svarte på spørsmål om sin persepsjon av å pleie pasienter innlagt på sykehus med rusmiddelmisbruk eller rusavhengighet.
Resultater	<p>Resultatene av studiene peker på negative holdninger, etiske utfordringer og forpliktelser, manglende kompetanse, utfordringer med smertelindring og sympati for pasienten. Det er en utfordring å utøve pleie med god nok kvalitet til disse pasientgruppene på grunn av utfordringene skrevet over. Sykepleierne trenger kompetanseheving og støtte for å kunne pleie disse pasientene på best mulig måte. De har sympati for pasientene sine, og tanker om hvorfor det har blitt som det har blitt for pasienten. De opplever at pasientens smerte ikke samsvarer med kliniske observasjoner. De har negative holdninger til pasientene, som at de føler sinne, føler seg manipulert, de føler seg fysisk og psykisk tappet, de opplever pasientene som forvirret og sinte, noen forteller at de tar ressurser fra pasienter som trenger pleie, og noen opplever pasientgruppen som truende. Flere av sykepleierne forteller at deres sikkerhet var en bekymring, og at sykepleiere møter farlige situasjon ofte. Det er god kultur for pasientsikkerhet, men det ønskes et større fokus på sikkerhet for personalet.</p> <p>En stor andel av befolkningen har et problem med rusmiddelbruk, og det er derfor viktig at pleien av disse pasientene er trygg og av god kvalitet. Da er det viktig med kartlegging av hva som er utfordrende med denne pasientgruppen slik at man kan lage gode rutiner og systemer slik at dette er gjennomførbart.</p>