

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Sykepleiers utfordringer i forhold til smertelindring av rusavhengige pasienter innlagt i sykehus

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

Kandidatnummer: 6273, 6161 & 6268

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

Sammendrag

Bakgrunn

Mange sykepleiere finner det utfordrende å gi adekvat smertelindring til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus. Negative holdninger og mangel på kunnskap går igjen som hovedutfordringer hos sykepleiere. Dette går utover pasientene som skal motta behandling som følge av at de opplever økte smerter og stigmatisering som pasientgruppe.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hva sykepleiere finner utfordrende i forhold til smertelindring til rusavhengige pasienter.

Metode

Metoden bygger på en integrativ litteraturoversikt hvor det er blitt benyttet fire vitenskapelige artikler. Det er blitt benyttet to kvalitative og to kvantitative studier til besvarelse av vår oppgave. Faglitteratur, egne refleksjoner og resultater fra de fire vitenskapelige artiklene utgjør besvarelsen for oppgaven.

Resultater

I resultatene kom det fram at det var mye negative holdninger blant sykepleiere mot rusavhengige pasienter. Mange av sykepleierne følte de ble forsøkt manipulert av pasientene for at de skulle oppnå ruseffekt. Det var gjennomgående at mange hadde fordommer og ikke følte seg trygge i møte med denne pasientgruppen. Videre kom det fram at det var manglende kunnskap innen smertelindring og i form av kartlegging av smerter og rusmiddelbruk. Det ble også trukket frem utfordringer innenfor kommunikasjon med pasientene og innenfor det tverrfaglige samarbeidet mellom de forskjellige profesjonene.

Nøkkelord: Kartleggingsverktøy, holdninger, stigmatisering, kunnskap, toleranse, hyperalgesi, rusavhengig, smertelindring og manipulering.

INNHold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt.....	6
1.4. Begrepsavklaring.....	6
1.4.1 Toleranse	6
1.4.2 Rusmiddelmisbruk	6
1.4.3 Stigmatisering	6
1.4.4 Manipulasjon	6
2.0 TEORIKAPITTEL.....	7
2.1 Smarter og smertelindring til pasienter med rusavhengighet.....	7
2.2 Smertekartlegging	7
2.2.1 Kartlegging av rusmisbruk.....	7
2.3 Yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper	8
2.3.1 Relasjon og tillit	9
2.4 Katie Eriksson teori om pleielidelse.....	9
3.0 METODE	11
3.1 Hva er metode?	11
3.1.1 Kvantitativ metode.....	11
3.1.2 Kvalitativ metode.....	11
3.2 Litteratursøk.....	12
3.3 Søkeprosess.....	12
3.3.1 Valg av databaser.....	12
3.3.2 Valg av søkeord.....	13
3.3.3 Valg av søkestrategi.....	14
3.3.4 Valg av artikler.....	14
3.4 Analyse av artikler	16
4.0 RESULTATER.....	18
4.1 Sykepleieres holdninger overfor pasienter med rusavhengighet.....	18
4.2 Mangel på kunnskap.....	19
4.2.1 Kartlegging av smarter og smertelindring	19
4.2.2 Kartlegging av rusavhengighet	20
4.2.3 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid.....	20

5.0 DISKUSJON	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 <i>Holdninger</i>	25
5.2.2 <i>Kartlegging av smerter og rusavhengighet</i>	27
5.2.4 <i>Utfordringer i relasjon og tverrfaglig samarbeid</i>	29
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	31
LITTERATUR	33
VEDLEGG	35
VEDLEGG 1. SØKEORD OG DATABASE	35
VEDLEGG 2. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	35

1.0 INNLEDNING

På en global skala i dag er det over 35 millioner mennesker som har et avhengighetsproblem som følge av rusmidler (United Nations, 2019). Mange personer med en avhengighetslidelse har behov for hjelp av helsevesenet og de blir ofte lagt inn på sykehus med smerteproblematikk. Det har vist seg å være en utfordring for sykepleiere å møte smerte pregede pasienter som har en avhengighetslidelse, grunnet negative holdninger i mot pasientgruppen og mangel på tilstrekkelig kunnskap. Sykepleiere er de som står pasienten nærmest under en sykehusinnleggelse, hvor kunnskap om smertelindring og negative holdninger blir essensielle utfordringer å ta tak i for å sikre tilstrekkelig behandling til denne pasientgruppen. Oppgaven baserer seg på utfordringer i form av smertelindring til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus og tar for seg sykepleiere sitt perspektiv.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema vi har kommet frem til er blant annet at det er et spennende felt som vi føler ikke har blitt belyst nok i utdanningen. Vi har selv vært borti pasienter som er avhengige av rusmidler og har merket stigmatiseringen rundt denne pasientgruppen når vi har vært i praksis i sykehus. Vi har fått opplevd at det ikke alltid er så enkelt å gi adekvat smertebehandling og ønsker å undersøke dette nærmere.

1.2 Problemformulering

Ser vi på sykehus innleggelser i Norge i dag, er mange av disse relatert til pasienter med en rusavhengighet. Rusavhengige har ofte et komorbid sykdomsforløp hvor smerter er et tiltredende problem. Relatert til denne pasientgruppen er det ofte mye stigmatisering hos helsepersonell, i tillegg til begrenset kunnskaper. Dette gjør at mange pasienter med en avhengighet i forhold til rusmidler ikke får adekvat smertelindrende behandling når de er innlagt i sykehus. De skriver seg ofte ut av sykehuset for tidlig grunnet underbehandling av sine smerter og at helsepersonell ikke tar de på alvor. Som alle andre pasienter, har pasienter med en avhengighet til rusmidler rett på adekvat helsehjelp.

Når vi har valgt å benytte oss av begrepet “rusavhengig” innbefatter dette personer med en avhengighetslidelse i forhold til illegale og legale rusmidler. Rusavhengige benytter seg ofte av flere substanser, som gjør at det blir vanskelig å kategorisere den rusavhengige til en spesifikk avhengighet. Det blir ofte referert til opioidavhengige i artiklene og i faglitteratur, men for å få et mer helhetlig svar på problemstillingen, har vi valgt å benytte oss av

rusavhengige som et mer generelt begrep. Sykepleier har ansvar for håndtering og utdeling av medikamenter etter legens ordinerings. Det er sykepleier som er i kontakt med pasient mesteparten av tiden, og har ansvar for å observere og kommunisere med pasienter. Dette gjelder også smertelindring, da pasienter ofte har smerter når de er innlagt i sykehus. Smertelindring av ruspasienter er derfor en sentral sykepleieroppgave på lik linje med smertelindrende behandling av andre pasienter. Det er ofte utfordrende for sykepleiere å smertelindre denne pasientgruppen og vår problemstilling blir derfor “ sykepleiers utfordringer i forhold til smertelindring av rusavhengige pasienter innlagt i sykehus”.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke utfordringer sykepleiere står overfor i møte med smertepregede pasienter som har en rusavhengighet innlagt i sykehus.

1.4. Begrepsavklaring

1.4.1 Toleranse

Ved hyppig bruk av visse medikamenttyper vil kroppen få en økt toleranse mot stoffet, som vil si at vedkommende trenger større dose for å oppnå ønsket effekt (Fekjær, 2016, s. 396).

1.4.2 Rusmiddelmissbruk

Rusmiddelmissbruk blir definert som “Alt inntak av illegale rusmidler er per definisjon rusmiddelmissbruk, selv om inntaket ikke skulle være skadelig” (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15).

1.4.3 Stigmatisering

Stigmatisering er knyttet til egenskaper som oppfattes negative. En som blir stigmatisert blir sett på som en avviker fra det normale (Biong & Ytrehus, 2018, s. 224).

1.4.4 Manipulasjon

“Å manipulere noen betyr å lede eller påvirke noen i en bestemt og ønsket retning, ofte på en skjult måte” (Gundersen, 2019).

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Smerter og smertelindring til pasienter med rusavhengighet

“Smerte er det som den personen opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Aambø, 2007, s. 127). Smerte blir sett på som et subjektivt og personlig fenomen som gjør at sykepleiere skal ta tak i enkeltindividets opplevelse og ta det pasienten sier seriøst (Aambø, 2007, s. 27). Smerter til pasienter med rusavhengighet er mer kompleks enn hos andre pasientgrupper. Denne pasientgruppen kan ha hyperalgesi som resultat ved bruk av rusmidler. Det vil si at de har økt sensitivitet for smerte hvor normale smertestimuli føles mye mer smertefullt (Dietrichs, 2021). Når det kommer til å smertelindre denne pasientgruppen er målet å forhindre smertetopper og gjennombruddssmerter (Stubberud, Grønseth & Almås, 2017, s. 381-382).

2.2 Smertekartlegging

Det finnes mange forskjellige metoder ved kartlegging av smerter, hvor noen er endimensjonale, mens andre er flerdimensjonale. De endimensjonale smertekartleggingsverktøyene tar kun for seg smertenes intensitet, altså kun hvordan smertene oppleves med tanke på form og styrke. Dette er for eksempel skalaer som visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS), verbal skala (VRS) og ansiktsskala (FRS). Disse har samme karakteristika ved at de kun måler smerteintensiteten. De flerdimensjonale tar derimot for seg både smertenes intensitet, men også hvordan pasienten blir påvirket i form av det å ha smerter slik som McGill pain questionnaire sitt smerteskjema tar for seg (Stubberud et al., 2017, s. 390). Å benytte seg av de forskjellige smertevurderingsskjemaene vil gjøre kartleggingen av pasientens smerter mer systematisert og troverdig, og dermed føre til bedre smertelindring (Stubberud et al., 2017, s. 389).

2.2.1 Kartlegging av rusmisbruk

Det er utfordrende å være i pasientgruppen “rusavhengig” ettersom dette er en pasientgruppe med ofte flere sammensatte plager og at det kan være vanskelig å gi en spesifikk definisjon på hva det innebærer å ha en avhengighetslidelse. Skille mellom rusmisbruk og avhengighet og hva som er skadelig bruk av stoffer er blitt faglig debattert uten en konkret definisjon (Biong & Ytrehus, 2018, s. 15).

For å kartlegge pasienters bruk av rusmidler finnes det flere kartleggingsverktøy som tar for seg forskjellige rusmidler. På ROP sine sider finner vi flere kartleggingsverktøy som tar for

seg kartlegging av rusmisbruk. Dette er skjema som “DUDIT”, hvor pasienten selv identifiserer sitt forbruk av illegale rusmidler/legemidler de siste 12 månedene. Videre finner vi “DUDIT - E” som fordyper seg i rusmidlenes funksjon og hvilke innvirkning det har på pasientens daglige funksjon. Lignende skjema finner vi også innen forbruk av alkohol som kalles “AUDIT” (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2021).

2.3 Yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i helsevesenet bygger på de grunnleggende menneskerettigheter slik det er blitt beskrevet i FN sin menneskerettighetserklæring og international council nurses (ICN) etiske regler. Norsk sykepleierforbund (NSF) yrkesetiske retningslinjer forklarer at grunnlaget for all sykepleie dreier seg om respekten for menneskets liv og verdighet. Samt at sykepleieren må være faglig oppdatert og ha ansvar for sine egne handlinger og vurderinger (Norsk Sykepleierforbund).

Videre bygger de yrkesetiske retningslinjer på at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Kristoffersen et al., 2016, s. 274). De yrkesetiske retningslinjene skal være til hjelp for å få en pekepinne for å ta en fornuftig beslutning. Belsutningene skal blant annet basere seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Norsk Sykepleierforbund, s. 5).

De fire viktigste etiske prinsippene i sykepleien er velgjørenhet, ikke skade-prinsippet, respekt for autonomi og rettferdighet. Prinsippene skal være en hjelp til å veilede i forskjellige situasjoner som oppstår, og er til stor nytte i utøvelsen av sykepleie. Fundamentet i velgjørenhetsprinsippet går ut på å handle i pasientens beste interesse, og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleier blir det beskrevet at “sykepleieren viser omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen” (Norsk Sykepleierforbund). Ikke skade-prinsippet omhandler handlinger man ikke skal gjøre mot pasienten. Det etiske prinsippet skal beskytte pasienten mot utilstrekkelig praksis og feilbehandling. Fra et sykepleier perspektiv skal ikke skade-prinsippet minimalisere smerteopplevelsen, sikre lindring og ivareta omsorg for pasientens kropp. Autonomiprinsippet vektlegger at mennesket er selvbestemmende for sin egen autonomi, samt at alle skal ha like rettigheter. Prinsippet vektlegger også at man skal ha respekt for seg selv og for andres avgjørelser. Til slutt i de fire etiske prinsippene, kommer

rettferdighetsprinsippet som omhandler at alle pasienter skal ha lik rett til omsorg, pleie og medisinsk hjelp uavhengig av sosial status, rase, kjønn og sosialt nettverk. (Nortvedt, 2021, s. 96-100).

2.3.1 Relasjon og tillit

Relasjon starter med å etablere et menneske til menneske forhold mellom pasient og sykepleier understreker teoretikeren Travelbee. Travelbees teori bygger på at begge parter er likeverdige og at relasjonen består av gjensidighet (Kristoffersen et al., 2016, s. 23). Å ha relasjon til et annet menneske innebærer at man kan påvirkes av andres følelser av å se, føle og høre andres ubehag (Kristoffersen et al., 2016, s. 90).

Tillit er noe som må bygges opp over tid og er en avgjørende faktor for en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Pasienten er i et avhengighetsforhold grunnet sykepleieren holder på informasjon pasienten ikke har. For å bygge opp en god relasjon og tillit kreves tålmodighet, forståelse og omsorgsfull sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 91).

2.4 Katie Eriksson teori om pleielidelse

I Katie Erikssons omsorgsteori står omsorgsbegrepet sentralt. Det innebærer at sykepleierens primære ansvar er å gi omsorg til de hjelpetrengende. Nærmere bestemt lindre lidelse og fremme pasientens opplevelse av velvære og verdighet (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Eriksson understreker at pasienter har behov for en medspiller som kan være til stede og bekrefte deres lidelser (Eriksson, 1995, s. 9).

Florence Nightingale mener "... at lidelse ikke er et symptom på sykdom, men på utilstrekkelig pleie" (Eriksson, 1995, s. 69). Eriksson nevner videre at krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie er hovedkategoriene for pleielidelse. Eriksson (1995, s. 70) går inn på at å krenke pasientens verdighet er å frata pasienten muligheten til å være et helt og fullt menneske. Mennesket kan også føle seg krenket i form av fordømmelse og straff i form av å ikke passe inn i sykepleieres syn på hvordan en ideal pasient skal være. Pasienten kan føle at de faller utenfor dette synet som resulterer i at man føler seg fordømt av sykepleierne. Eriksson sier at det å ikke ta pasienten på alvor er en form for maktutøvelse i form av at man velger å ikke stole på pasienten som etterlater pasienten maktesløs. Dette kommer frem når sykepleierne holder seg i faste rutiner og ikke klarer å sette seg inn i pasientens tankesett. Uteblitt pleie blir nevnt når sykepleiere mangler evner til å se og bedømme hva pasientene har behov for. Det kan oppstå både bevisst

og ubevisst. Som f.eks. at en sykepleier ikke klarer å se den faktiske smerten til pasienten, eller at de ikke tror på pasienten i det vedkommende forteller. (Eriksson, 1995, s.73-74).

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. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2018, s. 51). Dette blir definert som metode av sosiologen Vilhelm Aubert, og gir en indikasjon på hva metode er og hvordan metode kan benyttes. Ut ifra definisjonen viser han til at metode er det som legger grunnlaget for hvordan en tilegner seg kunnskap, og at dette kan gjøres på forskjellige måter. Metoden er det som hjelper vedkommende til å finne data en skal ha til å besvare sin undersøkelse. Hvilken metode som benyttes avhenger av hva en søker etter. En benytter seg av enten kvantitativ eller kvalitativ metode, alt etter hva en søker svar etter. Kvalitativ og kvantitativ metode kan også kombineres som blir kalt metodetriangulering. Fordelen med metodetriangulering er at vi får et mer helhetlig bilde rundt problemstillingen gjennom kunnskap basert på både bred og dyp forståelse av et tema. Valg for bruk av metode er en prosess som skal nøye overveies og det må komme klart frem hvorfor vedkommende har valgt å benytte seg av den aktuelle metoden (Dalland, 2018, s. 52-54).

3.1.1 Kvantitativ metode

Ser vi nærmere på hva kvantitativ metode innebærer legger det vekt på bredden innen et tema via systematisk tilnærming. Ved bruk av en kvantitativ metode vil det gi den fordel at data kan måles gjennom målbare enheter. Kvantitativ metode blir med dette noe som er målbart fra et stort perspektiv, hvor en sikter til bred forståelse innen et tema. Dette ekskluderer rom for ustrukturerte observasjoner og meninger slik som kvalitativ metode tar høyde for. Kvantitativ forskning vil ta høyde for systematiske observasjoner og faste svaralternativer, som vi eksempelvis finner via et spørreskjema. Det tilstrebes nøytralitet og avstand fra forskerens side, og innsamlingen av data vil være uten direkte kontakt med deltaker (Dalland, 2018, s. 52-53).

3.1.2 Kvalitativ metode

Det å bruke en kvalitativ metode har til hensikt å fordype forståelsen for en persons situasjon og i denne oppgavens sammenheng belyse sykepleieres opplevelser, erfaringer, utfordringer og forventninger overfor en spesifikk pasientgruppe (Friberg, 2018, s. 107). Ved bruk av en kvalitativ tilnærming vil man gå mer i dybden, enn ved bruk av en kvantitativ tilnærming med et formål om å få mer utdypende informasjon fra informanter. Det å få utdypende informasjon

vil bidra med å øke forståelsen om det valgte tema. Videre vil en sammenstille tidligere forskning til en ny helhet. Deretter omsette den identifiserte vitenskapelige kunnskapen til praktisk kunnskap og utforme en veiledning for hvordan det studerte temaet kan brukes i et omsorgsarbeid (Friberg, 2018, s. 132).

3.2 Litteratursøk

For å finne relevante forskningsartikler startet vi med søke etter litteratur på biblioteket. Vi ønsket å rette oss inn mot smertelindring av rusavhengige i sykehus, og begynte dermed å utforske søkeord på ulike databaser innenfor vårt fagfelt. Vi tok i bruk databasene Svemed+ og Cinahl for å finne relevante forskningsartikler som belyser vår problemstilling. Videre brukte vi ulike metoder for å begrense søkene. Alle databasene vi har tatt i bruk er funnet via universitetsbiblioteket ved Universitetet i Stavanger, som er relatert til helsefag.

I oppgaven vår benytter vi oss av en integrativ litteraturoversikt. Det styrker en oppgave ved at man utfører en datareduksjon og velger bort de artiklene som man mener ikke er relevante. Da sitter man igjen med artikler som er relevante for den problemstillingen man har valgt. Videre skaper det en oversikt for hva problemet er, hensikten med studien, hvilken metode som er blitt benyttet og til slutt resultatene i studien. I en integrativ litteraturoversikt er det meningen å dra slutninger mot hverandre, det vil si å sette opp resultatene fra de relevante artiklene opp mot hverandre for å finne likheter og ulikheter. Til slutt få resultatene til å skape en ny helhet. Det gjøres ved å tolke artiklene hver for seg, og finne en rød tråd som går igjen ved hver artikkel som man senere har i en resultatdiskusjon hvor en presenterer det essensielle i artiklene som en helhet (Friberg, 2018, s. 150-151).

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av databaser

For å få et fagmessig godt grunnlag for oppgaven ville vi se på flere forskjellige databaser slik at vi kunne sammenligne disse opp mot hverandre, for å se hva som ga mest relevante treff. Vi fulgte rådene fra biblioteket på Universitetet i Stavanger og brukte Oria for å finne fram til databasene vi brukte. Her klikket vi inn på “finn database” hvor vi videre brukte databaser som spesifikt var knyttet til helse og sosialsektoren. Her fant vi flere forskjellige databaser, hvor vi valgte å benytte oss av Cinahl og Svemed+. Vi valgte å bruke Cinahl da dette er en internasjonal database som tar for seg vitenskap fra hele verden innen helsesektoren. Den var også oversiktelig å bruke, noe som gjorde at vi valgte å bruke denne databasen fremfor andre

internasjonale databaser. Ettersom vi søkte i Cinahl kom det mange treff opp fra hele verden. Vi endte opp med å bruke to artikler fra Cinahl etter grundige søk i denne databasen. Vi ville i tillegg til internasjonal forskning, se nærmere på forskning gjort i skandinavia. For dette benyttet vi oss av Svemed+, som er en database som tar for seg oppdatert forskning innen helse i skandinaviske land. Vi synes det var viktig å benytte oss av forskning gjort i skandinavia, da dette står oss nærmere den Norske helsesektoren. Vi opplevde at Svemed+ var oversiktlig å bruke, hvor vi i tillegg kunne søke på norsk, som gjorde det enklere å forstå artiklene.

3.3.2 Valg av søkeord

Vi har eksperimentert en del med søkeordene for å finne frem til relevante artikler for oppgaven. Til å starte med brukte vi Cinahl og hadde få søkeord for å se hvor mange artikler som kom opp. Vi startet med å bruke en kombinasjon av søkeordene “pain management AND substance abuse” hvor vi fikk treff på 699 artikler. Videre har vi benyttet oss av eksklusjonskriterier som alder på artiklene og om de er fagfelleurdert, noe som begrenset treffet til 448 artikler. Ettersom dette er for mange artikler å gå gjennom valgte vi å bruke flere søkeord som er relevant til oppgaven.

For å begrense antall artikler som vi fikk treff på, benyttet vi oss av søkeordene “pain management AND drug addiction OR drug abuse OR substance abuse AND hospitalized patients” og fikk treff på tre artikler. For artikkel to brukte vi søkeordene “pain management AND opioid addiction AND “nurs*”. Vi benyttet oss av tegnet * slik at det ville komme opp flere alternativer etter ordet “nurs” som f.eks. “nurse” eller “nursing”. Ved bruk av disse søkeordene fikk vi treff på 22 artikler. I artikkel tre og fire tok vi i bruk Svemed+ for å finne relevante forskningsartikler. For å begrense søket kombinerte vi ordene “rus* AND “smertelindring*” og fikk treff på to artikler. I artikkel fire tok vi også i bruk Svemed+, men med engelske søkeord. Først kombinerte vi ordene “pain AND substance use disorder” og fikk 49 treff. For å avgrense søket kombinerte vi ordene “pain AND substance use disorder* AND hospital*” og fikk treff på tre artikler og benyttet oss av artikkelen vi fant mest relevant. (se vedlegg 1).

Vi benyttet oss i hovedsak av engelske søkeord, da dette ga et større antall artikler enn hva norske søkeord gjorde. Vi prøvde oss fram med flere forskjellige søkeord, og spesifiserte søkene etterhvert som vi søkte for å kunne ekskludere ut mindre relevante artikler. Dette gjorde vi både på engelsk og norsk, men særlig på engelsk, da det gav mange treff vi ikke

kunne benytte oss av i vår oppgave. Vi så også etter artikler både fra skandinavia og resten av verden.

3.3.3 Valg av søkestrategi

Når vi søkte etter artikler, ble vi nødt til å sette avgrensninger i søket vårt. Dette for at det ble lettere å selektere mellom hvilke artikler vi syntes passet best til å besvare problemstillingen. Vi brukte eksklusjonskriterier som at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år slik at fagstoffet skal være i høyest mulig grad oppdatert og relevant. Vi undersøkte om artiklene var peer reviewed eller fagfelleurdert, alt ettersom hvilken database vi benyttet oss av. Dette gjorde vi slik at vi skulle være sikre på at stoffet var godkjent og kvalitetssikret. Vi satt det som et kriterie at artiklene skulle sees i fra sykepleiere sitt perspektiv på utfordringer og utelukket derfor alle artikler som tok for seg perspektivet fra pasientens side. For at vi skulle inkludere artiklene til vår oppgave ble et inklusjonskriterie at de skulle ta for seg utfordringer i forhold til smertebehandling av rusavhengige. For at vi skulle benytte oss av artiklene måtte de i tillegg omhandle behandling av smerter i sykehus. Artikler som ikke møtte våre inklusjonskriterier ble ekskludert, ettersom de ikke ville ha besvart hensikten med oppgaven.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ● Fagfelleurdert ● Under 10 år gamle ● Sykepleier perspektiv ● I sykehus ● Sykepleie utfordringer ● Smertebehandling av rusavhengige 	<ul style="list-style-type: none"> ● Over 10 år gamle ● Utenfor sykehus ● Pasientens perspektiv

Tabell 1

3.3.4 Valg av artikler

Etter endt søkeprosess satt vi igjen med fire vitenskapelige artikler funnet på Svemed+ og Cinahl. Vi benyttet oss av inklusjons og eksklusjonskriterier for å være sikker på at de artiklene vi satt igjen med stemte overens med krav til vitenskapelige artikler og at de kunne besvare problemstillingen i oppgaven. Her benyttet vi oss av et screeningskjema med ti spørsmål som man kan benytte seg av for å analysere kvalitative artikler (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Dette gjorde at vi fikk et konkret svar på om artiklene var relevant eller ikke til vår oppgave. Prosessen fortsatte videre med at vi leste grundig gjennom artiklene

for å se om de opprettholdt inklusjonskriteriene for struktur av vitenskapelige artikler. Her undersøkte vi om de fulgte imrad- strukturen, som tar høyde for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2018, s. 168).

Artiklene vi har benyttet oss av er utformet gjennom kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi valgte å benytte oss av både kvalitativ og kvantitativ forskning for å få et helhetlig perspektiv rundt problemstillingen gjennom både bredde og dybdeforståelse av vår problemstilling. To av artiklene baserer seg på opplevelser og dypere forståelse av hvorfor det er utfordrende med smertelindring av rusavhengige i sykehus. De to kvantitative artiklene gir leseren en bredere forståelse av at smertelindring til rusavhengige er et utbredt problem i sykehus. Det ble brukt flere forskningskandidater via spørreundersøkelser med ulike alternativer i de kvantitative studiene, i motsetning til de kvalitative studiene der det ble benyttet få kandidater med spørsmål gjennom intervju basert på meninger og erfaring. Alle artiklene baserer seg på perspektivet til sykepleier som var et kriterie. I tillegg fikk vi også en studie med lege perspektiv, noe vi mener belyser problemstillingen i enda større grad. Det gir oss et perspektiv på utfordringer i samarbeidet mellom sykepleier og lege i forhold til smertelindring av pasienter med rusavhengighet innlagt i sykehus.

Under kommer det en tabell som viser artiklene vi endte opp med å benytte oss av:

Artikkel	Problem/hensikt	Metode	Resultat	Søkemotor
Artikkel 1 Kathleen, N. & Roan, N. (2014)	Flere sykehusinnleggelse av pasienter med høy toleranse for smertelindrende midler. Begrenset kunnskap om smertebehandling til rusavhengige pasienter.	Kvalitativ metode	Negative holdninger til pasienter med rusavhengighet. Manglende kunnskap om sykepleie til rusavhengige pasienter.	Cinahl
Artikkel 2 Krokmyrdal, A, K. & Andernæs, R. (2015)	Økende problem med pasienter som er avhengige av opioider på sykehus som ikke får optimal smertebehandling. Få oversikt over sykepleieres kompetanse om smerte,	Kvantitativ metode	Manglende kunnskap hos sykepleiere til å gi smertebehandling til denne pasientgruppen. Mistro til hva pasientene sier. En mening om at det å gi	Cinahl

	kompetanse til å gi smertebehandling til pasienter som er opioidavhengige og hvor sykepleiere får sin kompetanse fra.		smertelindrende som inneholder opioider bidrar til avhengigheten deres i stedet for å virke som smertelindrende. . De fleste får kunnskap fra arbeidsplass og av sine kollegaer gjennom erfaring. Studien konkluderer med at sykepleierne i studien ikke har nok kompetanse.	
Artikkel 3 Govertsen, A.B., Aanensen, C. & Moi, E.B (2019)	Utfordringer sykepleiere står overfor knyttet til smertelindring av rusavhengige innlagt i sykehus.	Kvalitativt metode med dybdeintervjuer til ansatte på smerteteam i forskjellige sykehus i Sør-Norge.	Adekvat smertelindring av pasienter med rusavhengighet avhenger av tillit, kompetanse og tverrfaglig samarbeid i helsesektoren samt samarbeid mellom pasient og helsepersonell	Svemed+
Artikkel 4 Li, R., Undall, E., Andenæs, R. & Nåden, D. (2012)	Smertebehandling av rusmisbrukere Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.	Kvantitativ studie med et spørreskjema som ble sendt til leger og sykepleiere innenfor smerte miljøet på sykehus.	Et mindretall av de som deltok kartlegger pasienters rusmisbruk og et mindretall gir pasienter opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser. Med mer.	Svemed+

(Tabell 2)

3.4 Analyse av artikler

For å analysere artiklene vi ville ha for å besvare vår oppgave benyttet vi oss av Febe Fribergs (2018) fem trinn for analysering av artikler. Disse fem trinnene tar for seg del for del hva som er viktig og se etter når en skal velge ut hvilke artikler en vil ha med i oppgaven. Vi så at dette ville gjøre oppgaven med å analysere artiklene mer oversiktlig i tillegg til å gi oss et godt innblikk i artikkelens innhold.

På første trinn leste vi artiklene flere ganger, slik at vi skulle få en grundig oversikt over hva de forskjellige artiklene omhandlet, og om de var relevant for vår problemstilling. På dette

trinnet fokuserte vi mye på resultatene i hver artikkel for å få et konkret svar på hva essensen er i artiklene. Nærmere bestemt hva artiklene hovedsakelig ville formidle av resultater. Videre på trinn to når vi hadde funnet essensen i hver artikkel, fokuserte vi på det forfatterne ville få fram gjennom resultatene sine. Vi fokuserte først på nøkkelfunn framlagt i artiklene for deretter å finne ut av underkategoriene i teksten. Vi så derfor etter hva som gikk igjen av funn og hvilke spørsmål forfatterne ville belyse i teksten. Vi gikk systematisert gjennom artiklene ved å bemerke oss hovedkategori, underkategori og funn av resultater som ga oss et helhetlig bilde av hva forfatterne av teksten var ute etter å formidle til leseren.

Ved trinn tre systematiserte vi funnene i hver artikkel grundigere. Vi skrev opp informasjon fra hver artikkel i egne tabeller slik at vi hadde essensen i hver artikkel enkelt oppsummert. Her har vi da problemet, hensikten med studien og resultater lett tilgjengelig som gjør neste trinn av Fribergs metode enklere.

I trinn fire så vi etter om resultatene i hver artikkel relaterte til hverandre, og om de fokuserte på å finne svar på samme problemstilling som vi var ute etter å finne. Dette gjorde det lettere for oss å peke ut hva som ble hovedessensen i tema vi har tatt for oss.

I det siste trinnet av modellen tok vi for oss å formidle vår kunnskap hentet fra artiklene gjennom nye hoved og underkategorier som blir framstilt i våre resultater. (Friberg, 2018, s.135-137).

Under kommer tabellen med hoved- og underkategorier:

Hovedkategori	Underkategori
Holdninger	<ul style="list-style-type: none"> ● Stigmatisering ● Manipulasjon ● Egen sikkerhet ● Relasjon og tillit
Kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> ● Kartlegging av smerter og smertelindring ● Kartlegging av rusavhengighet ● Toleranse ● Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

Tabell 3

4.0 RESULTATER

4.1 Sykepleieres holdninger overfor pasienter med rusavhengighet

I artiklene vi har benyttet oss av ble det funnet holdninger hos sykepleierne som var både negative og positive overfor pasienter med en rusavhengighet. Holdninger som gikk mye igjen var at sykepleiere opplevde pasientgruppen som manipulerende, aggressive, og at de ikke tok smertene deres på alvor. I studien til Neville & Roan (2014) sa en informant “ I have no tolerance for patients with substance abuse issues. They are manipulating, needy, and drug seeking. They take away from patients who are dependent on my nursing care” (Neville & Roan, 2014, s. 342). Dette understøttes i studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015, s.792) ved at 61.7% av respondentene mente at opioidavhengige overdriver smerten for å oppnå mer smertelindrende medikamenter. Det kom fram som en stor utfordring i smertelindrende behandling til rusavhengige pasienter at sykepleiere hadde generelt negative holdninger i møte med denne pasientgruppen (Neville & Roan, 2014, s. 342). Studien til Li, Undall, Andenæs & Nåden (2012) kom frem til at 56.1% av respondentene ofte følte seg manipulert av denne pasientgruppen og de mente rusavhengige pasienter ofte prøvde å lure dem for å få mer smertestillende (Li et al., 2012, s. 257). Studiene framstilte generelt like funn når det kom til negative holdninger og at dette var en utfordring i møte med rusavhengige pasienter. Govertsen, Aanensen & Moi (2019) viste til at informantene opplevde at pasientene følte seg trygge når sykepleiere tok smertene deres på alvor og at dette var en essensiell del av smertelindrende behandling. Direkte kommunikasjon var viktig, samt det å være ærlig overfor pasientene. Selv de med lang erfaring med pasientgruppen mente pasientgruppen kunne være manipulerende, og at det derfor ble viktig å ha gode holdninger overfor pasientgruppen. “Etablering av tillit går begge veier” (Govertsen et al., 2019). Det var gjennomgående i artiklene at sykepleiere opplevde det som vanskelig å forholde seg til denne pasientgruppen i frykt av å bli manipulert. Dette gjorde det vanskelig å bygge en relasjon med pasienten.

At sykepleiere mente at rusavhengige kunne være aggressive under behandling kom også frem som en utfordring. En informant i studien til Govertsen et al. (2019) fortalte at rusavhengige hadde en tendens til å utagere og skape uro på sengeposten når de ikke ble tatt på alvor, eller fikk adekvat smertelindring (Govertsen et al., 2019). Dette kom også fram i studien til Li et al. (2012) som mente at opioidavhengige med smerter hadde en tendens til å bli vanskelige og sinte, som igjen ville påvirke behandlingen med et gjensidig mistillitsforhold mellom helsepersonell og pasient (Li et al., 2012, s. 258). Ved at sykepleiere viste holdninger om at rusavhengige pasienter fort kunne bli aggressive førte til at sykepleiere

ble redde for sin egen sikkerhet. Dette kom fram i studien til Neville & Roan (2014) hvor en av informantene sier “ 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” (Neville & Roan, 2014, s. 342).

Holdninger som at rusavhengighet var selvforskyldt og at det ikke var en sykdom ble nevnt i studien til Li et al. (2012, s.257). Det kom frem at 55.7 % av sykepleierne og 73.7% av legene var enig om at opioidavhengighet var en sykdom. Det vil si at en stor andel av sykepleierne i studien ikke var enig i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom.

4.2 Mangel på kunnskap

4.2.1 Kartlegging av smerter og smertelindring

I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015, s.791) kom det fram at 54.1% mente de ikke kunne måle graden av smerter, og 87.8% mente de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap innen smertelindring. Mangel på kunnskap gikk igjen som et problem i alle artiklene. Kunnskap og sykepleiers holdninger relaterte mye til hverandre når det kom til adekvat smertelindring. I studien til Neville & Roan (2014) sa en av informantene “It sometimes makes me more suspicious of their needs for pain medication. It makes me feel like i'm contributing to the problem” (Neville & Roan, 2014, s. 344). Krokmyrdal & Andenæs (2015, s.792) viste lignende funn, hvor 29.6% mente de bidro til å gjøre pasienten ytterligere avhengig. Det var generelt negative holdninger som førte til inadekvat smertelindring og smertekartlegging av rusavhengige pasienter. På spørsmål om bruk av kartleggingsverktøy kom det fram at “Det var kun en fjerdedel av respondentene som svarte svært ofte eller ganske ofte på spørsmål om bruk av smertekartleggingsverktøy” (Li et al., 2012, s. 257). Grunnen til at så få benyttet seg av smertekartleggingsverktøy, mente de kunne ha sammenheng med manglende rutiner på posten, men at det lå mye i sykepleiers negative holdninger overfor denne pasientgruppen. Studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015, s.792) viste funn at sykepleiere baserte mye av sin kunnskap gjennom det de har fått av kollegaer. Kunnskap via utdanning, kurs og litteratur bidro lite til kunnskap rundt smertelindring. 89.8% mente de ikke hadde fått nok kunnskap gjennom utdanningen sin. 84.7% av sykepleierne mente profesjonelle internettsider ikke formidlet god nok kunnskap. 56.1% av sykepleierne som var med i studien til (Li et al (2012, s.257) mente at opioidavhengige manipulerte for å oppnå mer opioider. De formidler videre at en utfordring ved smertelindring av denne pasientgruppen går mye på at følelsen av manipulering går utover sykepleiers identitet. Et moment som igjen ville ha innvirkning på

behandlingen av pasienten. Det kom også frem at bruk av smertekartleggingsverktøy ville minimere sjansen for å bli manipulert og lurt (Li et al., 2012, s. 258). Vi ser lignende funn i en annen studie hvor en av informantene sier “Altså, jeg vil bare stresse dette: rusanalyse, smertekartlegging - se sammenheng og gi pasienten det han trenger. Ta han på alvor!” (Govertsen et al., 2019).

4.2.2 Kartlegging av rusavhengighet

I forskningen til Li et al. (2012) blir det belyst at mindretallet av respondente kartla pasientens avhengighet til rusmidler “svært ofte” eller “ganske ofte”, som tilsvarer en prosentandel på 38%. Det kom også frem at legene tok oftere i bruk kartlegging av rusavhengighet enn sykepleiere. Et problem som blir belyst er at mange rusavhengige pasienter ikke forteller om sitt avhengighetsproblem fordi de er redde for at smertene skal bli oppfattet som et ønske om rus.

I studien til Govertsen et al. (2019) blir det trukket fram at kartlegging av rusavhengighet måtte gjennomføres tidlig i behandlingsforløpet, samt at informantene hadde god erfaring med å bruke god tid til kartlegging av rusavhengighet. Ser vi i studien til Li et al. (2012) henviser de til faglige retningslinjer for norske leger, hvor de påpeker at kartlegging av rus og hvilke type rusmidler er helt avgjørende i arbeidet mot adekvat smertebehandling av rusavhengige pasienter (Li et al., 2012, s. 254). Her påpeker en av informantene at sykepleiere på sengepost har ulik kompetanse, erfaring og tid som blir sett på som en utfordring hos norske helsepersonell. “Vi kan prioritere og kartlegge annerledes enn sykepleier på sengepost. Vi kan sette av tid, ta stolen inntil og lytte” (Govertsen et al., 2019).

En annen viktig faktor var at informantene tok kontakt med LAR (legemiddel assistert rehabilitering) hvis pasienten var under behandling hos dem. Dette var svært nyttig hvis pasienten ikke ga tilstrekkelig informasjon om sin rusavhengighet. En informant i artikkelen fortalte: “Jeg ble tilkalt til en pasienten som sto på kjempedose metadon, 240mg! Da jeg kontaktet LAR, ble de overrasket. Det viste seg at pasienten var utskrevet fra et sykehus med den store dosen, uten nedtrappingsplan” (Govertsen et al., 2019).

4.2.3 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

Neville & Roan (2014) sine funn viser at helsepersonell trenger spesialisert kunnskap for å gi helhetlig sykepleie til rusavhengige pasienter innlagt i sykehus. “Nurses reported that caring for patients with substance abuse/dependence, as well as general psychiatric disorders,

reflected a specialized body of knowledge, for which they were unprepared and lacking in knowledge” (Neville & Roan. 2014, s. 343). Videre funn viser at de er ukomfortable i møte med pasientgruppen “I don’t have enough training in this area to be comfortable taking care of these patients” (Neville & Roan. 2014, s. 343). Dette gjenspeiler derimot ikke alle sykepleierne i studien, “As a nurse, I am still a professional, and I have to put my feelings aside and take care of the patients to the best of my ability” (Neville & Roan, 2014, s.343).

Govertsen et al. (2019) viser til at det var en bred enighet om at i møte med pasientene avhenger det av ærlig og direkte kommunikasjon. Det blir påpekt at man også bruker god tid med pasienten, og tør å stille direkte og utfordrende spørsmål. “Vi er blitt bedre til å kommunisere: snakke om “russug”, tankekjør og se pasientens perspektiv. Det gjør at vi kommer i mål” (Govertsen et al. 2019). Det vises videre til at tilnærmingen til rusavhengige pasienter bør være som til andre pasienter. Det er viktig at de nullstiller seg før hver pasient fordi ved å ha fordommer og være skeptisk til pasienter bygger en dårlig allianse mellom sykepleieren og pasienten. “Det er krevende og en balansegang å bygge allianse og stole på pasienten. Blir man for skeptisk, klarer man ikke å bygge allianser. Det er viktig at de føler de blir møtt på lik linje som andre pasienter” (Govertsen et al., 2019).

Et annet sitat viser til at informantene opplevde manglende kunnskap hos sykepleierne og legene. “Informantene erfarte at smertebehandlingen tidvis var dårlig og kunnskapen mangelfull hos enkelte sykepleiere og leger på sengeposter. De sa også at sykepleierne lærte mer når smerteteamet gjorde vurderinger sammen med dem” (Govertsen et al., 2019). I tillegg hadde det nytte å ha sykepleiere i smerteteamet som kontaktperson på sengepostene som de kunne henvise seg til ved vanskelige situasjoner. “Tre sykehus hadde sykepleiere med roller som smertekontakter på sengeposter. Smertekontaktene hadde ansvaret for å være et bindeledd mellom smerteteamet og sengeposten” (Govertsen et al., 2019).

Informantene opplevde det som varierende å samarbeide med leger på sengeposten.

“Informantene opplevde at samarbeidet på sengeposten varierte. De bisto turnus- og assistentlegene med erfaringer og kunnskap, og alle opplevde det som positivt å være en støtte og sparringspartner. Tre informanter følte imidlertid at deres kompetanse ikke ble benyttet hvis legene på sengeposten ønsket å utarbeide egne smerteregimer. Da fikk ikke pasientene nødvendig smertelindring, og sykepleierne på sengeposten ble frustrerte” (Govertsen et al., 2019).

Med tilsvarende funn fra studien til Li et al. (2012) viser til en betydelig forskjell når sykepleiere skal evaluere sine opplevelser av leger sine holdninger til smertelindring og når leger skal evaluere sine egne holdninger. 272 sykepleiere skulle svare på en skala fra 1-5 hvor

1 er helt enig og 5 er helt uenig om de opplever legen som positive til smertebehandling av rusavhengige. Gjennomsnittskår fra sykepleierne ble da 3.22 mens leger svarte 2.68 (av 38 leger). Det ble også tatt opp sykepleiere og leger sin opplevelse av hvor positive de opplever sykepleiere til smertelindring. Da ble sykepleiere sin skår 2.71 og leger sin gjennomsnittskår ble også 2.71. (Li et al., 2012, s. 256).

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi belyse våre valg av å bruke både kvantitative og kvalitative artikler, samt deres relevans til hensikten med oppgaven. Det innebærer kildekritikk som beskriver hvor studiene har tatt sted og hvorfor akkurat disse artiklene er benyttet. Senere vil vi diskutere resultatene opp mot hverandre med bruk av teori beskrevet tidligere samt våre tanker og egne refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

I oppgaven vår har vi benyttet oss av tre studier utført i Norge og en studie utført i USA. Det at vi har tatt med en amerikansk studie og får like funn som fra studiene i Norge, viser til at problemstillingen ikke bare gjelder i Norge, men også internasjonalt. Den bidrar med et bredere perspektiv på temaet og hvordan et annet land forholder seg til samme problemstilling som i Norge. I tillegg tenker vi at den er representativ med norske sykehus siden USA også har et etablert helsevesen. Vi kunne ha benyttet oss av flere artikler fra andre land for å få bredere forståelse om problemstillingen internasjonalt. Vi forholdt oss derimot til artikler fra to land for å begrense omfanget av problemstillingen. En svakhet ved å bruke artikler på et annet språk er at det kan oppstå feiltolkning eller feil oversettelse av budskapet ved at vi får en annen oppfatning enn det forfatterne skriver. Vi har derfor måtte lese nøye gjennom artiklene og forstå budskapet slik at vi tolker innholdet riktig og får oversatt det korrekt. Vi har brukt oversettelsesprogram når vi har vært usikre på ord og brukt god tid på oversettingen for å sikre i den grad det er mulig at det ikke er tolket feil. Allikevel kan det være rom for at det har oppstått feiltolkning av innholdet under oversettelsen, grunnet forskjellige oppfatninger av teksten.

Artiklene benyttet i vår oppgave er alle sett fra sykepleier sitt perspektiv på utfordringer i forhold til smertelindring. Det blir i studien til Li et al. (2012) spurt om legenes oppfatning av smertelindring til rusavhengige pasienter. Hovedsakelig var vi ute etter å kun ha med artikler som tok for seg sykepleiere sine utfordringer i møte med smertelindring til rusavhengige. Vi mente det belyste temaet bedre om vi hadde med legenes perspektiv i tillegg. Det ga mer utfyllende data i møte med vår problemstilling når vi supplerte med legenes erfaring. Vi ville ikke ha med for mange artikler som tok for seg andre enn sykepleierens perspektiv, ettersom dette kunne gått i mot oppgavens hensikt. Vi utelukket derfor alle artikler som tok for seg pasienters opplevelse av smertelindring i sykehus, ettersom den subjektive opplevelsen til

pasienten kunne hatt innvirkning på resultatene ved at de kunne ha en annen oppfatning enn sykepleierne. Vi mener også det ville gått bort ifra problemstillingen vi har tatt for oss.

Når vi skulle velge artikler for vår oppgave, undersøkte vi om artiklene var kvalitative, eller kvantitative. I utgangspunktet, kom vi frem til at vi hovedsakelig ville benytte oss av kvalitative studier, ettersom kvalitative studier går mer i dybden på det som blir undersøkt. Etterhvert som vi søkte og leste gjennom artikler så vi at det kunne besvare oppgaven bedre om vi i tillegg benyttet oss av kvantitative studier for å tilegne oss både bredde og dybde kunnskap. De utdypende dataene fra de kvalitative studiene understøttet dermed dataene fra de kvantitative studiene, ved at de ga tanker og refleksjoner til en problemstilling vi opplevde gikk igjen hos et større utvalg av respondenter. Det kan oppstå en feiltolkning fra vår side at refleksjonene i de kvalitative studiene reflekterer tankene hos respondentene i de kvantitative studiene. Dette er risikoen ved å bruke kvantitative studier da det kan bli for generelt og lite utdypende, og spørsmålene i spørreskjemaene får ikke frem meningene til respondentene godt nok. Dermed så vi en fordel med å benytte oss av begge type studier. Det ble ikke gått i dybden på hvorfor representative synes det var utfordrende, noe som vi så som en svakhet. De kvalitative studiene baserte seg på få informanter gjennom intervjuer. Dette gjorde så vi fikk dybdeforståelse av hva som gjorde at sykepleiere møtte utfordringer i møte med rusavhengige pasienter. En svakhet her, er den subjektive følelsen til informantene som kan ha innvirkning på resultatet. Kombinasjonen av både kvalitativ og kvantitative studier synes vi besvarte oppgaven bedre enn kun bruk av kvalitative.

Alle artiklene vi har benyttet oss av er publisert i tidsskrifter som er godkjent for publikasjoner av vitenskapelige artikler. Selv om artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter kan det være rom for feil i forhold til om de er kvalitetssikret og følger etiske kriterier i forhold til anonymitet og taushetsplikt. Når vi leste gjennom studiene undersøkte vi om de fulgte prinsippet om at det skulle være anonymisering av deltakerne. Artiklene belyste at anonymisering av dataene ble benyttet med unntak av studien til Neville & Roan (2014) som skriver at studien var konfidensiell og ikke anonymisert. Det vil si at det kan det være rom for at informasjon om deltakerne kommer ut ettersom studiene er foretatt innen et demografisk område som gjør at informasjonen kan bli gjenkjennelig. Dette nevnte de i studien, hvor de belyste at alder, arbeidsplass og representativ avdeling kan avsløre deltakerne. Vi benyttet oss allikevel av artiklene ettersom vi synes de overholdt de etiske prinsippene for taushetsbelagt informasjon. Vi gjorde en bakgrunnsjekk av forfatterne for å se om de hadde gode kvalifikasjoner for å gi ut informasjon om tematikken som blir belyst i studiene. Vi søkte opp

forfatterne og så at alle hadde relevant erfaring innen feltet med tanke på yrke og utdanning. Uavhengig av relevant yrke og erfaring kan subjektive holdninger og arbeidserfaring ha innvirkning på resultatet noe vi tok med i betraktning. Vi stilte oss derfor spørrende til innholdet og hadde som baktanke at det subjektive hos forfatterne kan ha hatt innvirkning på våre resultater.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Holdninger

Utfordringer som ofte gikk igjen i artiklene var sykepleiernes negative holdninger i møte med rusavhengige pasienter og at dette hadde påvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det som oftest ble kommentert blant sykepleierne, var at pasientene ofte manipulerte for å oppnå smertestillende medikamenter med hensikt for å oppnå ruseffekt. Biong & Ytrehus (2018, s. 186) skriver at det blir vist en stor misoppfatning til personer med rusavhengighet at de manipulerer for å oppnå rus. Dette resulterte i at noen av sykepleierne ikke ville bruke tid og krefter på denne pasientgruppen. Dette strider i mot god behandling av rusavhengige, da pasientene får dårlig tillit til sykepleierne som skal hjelpe dem. Som resultat av dette kan pasienten skrive seg ut for tidlig og ikke få den hjelpen de trenger som vil kunne forverre pasientens smerter og tilstand.

I studien til Krokmyrdal & Andenæs (2015, s. 791) sa 80.3% av deltakerne at de kunne kjenne igjen smerte hos pasienter og 60.2% mente de visste at bruk av opioider fører til økt smerte (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 792). Likevel kom det frem at helsepersonell mener pasientene manipulerer for å oppnå ruseffekt, som igjen førte til at smertelindrende behandling ikke ble tilstrekkelig, eller i visse tilfeller uteble. Dette strider i mot lovverket, hvor det nedfelt at alle skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- Og Brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). At helsepersonell fortalte at de kunne kjenne igjen smerter og at de visste at bruk av opioider fører til økt følsomhet for smerter, viser at manglende smertelindrende behandling baserer seg mye på negative holdninger mot pasientgruppen. I alle studiene er det kommet frem at personer med rusavhengighet manipulerer for å oppnå rus som fører til at sykepleiere blir restriktive med å dele ut analgetika. Dette blir motsigende i forhold til sykepleiers yrkesutøvelse, ettersom personer med en avhengighet til rus også er mennesker med følelser som må tas på alvor på lik linje med andre pasienter. Den norske legeforening sa også i 2009 at de to viktigste forutsetningene for adekvat smertelindrende behandling, er at pasientene skal ha det så bra som mulig uten unødvendige lidelser. Andre

hovedpunktet er at de som behandler den smertepregete skal ha tilstrekkelig med kunnskap i forhold til forebygging og bivirkninger (Stubberud et al. 2017, s. 88). Ut i fra hva vi har lest i artiklene og hva som kommer fram i faglitteratur blir ikke dette benyttet tilstrekkelig i praksis. At helsepersonell kan ha fordommer og frykt for å bli manipulert skal ikke gå utover pasientens behandling. Det blir derfor enda viktigere å skape en relasjon til pasienten hvor sykepleier og pasient kan skape et tillitsfull samarbeid. Det er ikke under en sykehusinnleggelse hvor pasienten forteller at han har mye smerter, sykepleier skal tenke på avrusning. “God smertelindring bør gå foran “frykten” for å overmedisinere” (Biong & Ytrehus, 2018, s. 187). En kan argumentere for at en ikke skal gi ut for mye smertestillende medikamenter hvis det ikke er noe som tilsier at pasienten skal ha det, men sykepleiere skal allikevel tro pasienten når de forteller de har vondt og dele ut tilstrekkelig med analgetika slik at pasienten opplever å bli adekvat smertelindret. Hvis sykepleier bygger en god relasjon til pasienten mener vi dette vil ha stor innvirkning på den smertelindrende behandlingen, da pasienten kanskje vil bli mer åpen og ærlig, og får økt tillit hos sykepleieren som skal dele ut de smertestillende medikamentene.

Drar vi frem Katie Erikssons teori om lidelse, påpeker hun at det er viktig å være en medspiller overfor pasientene for å fremme deres fysiske og psykiske velbehag. (Eriksson, 1995, s. 8). Målet med sykepleien blir å fremme menneskers helse og integrasjon ved å understøtte den naturlige omsorgen sier Eriksson (Kristoffersen et al. 2016, 26). I forhold til pasienter med rusavhengighet henger dette sammen med at de er ofte har flere problemer samtidig gjennom somatisk og psykiske belastninger. Omsorg blir derfor sentralt til denne pasientgruppen for å ivareta pasientene på best mulig måte. Her har resultatene vist at noen sykepleiere velger å gjøre motsatt av omsorgsfull pleie, hvor de istedenfor å møte den rusavhengige på en omsorgsfull måte, heller tar avstand fra dem. “I Would rather not care for this patient population; in my experience, they need more psychiatric care than physical care” (Neville & Roan, 2014, s. 343). At holdninger som dette finnes blant sykepleiere ser vi som en utfordring i helsevesenet, og at det må bli lagt bedre til rette for at sykepleier skal kunne få en positiv opplevelse i møte med denne pasientgruppen. Sykepleiere har ansvar for å fremme tillit og fremme den sykes kroppslige og psykiske velbehag (Kristoffersen et al. 2016, s. 26). Hos personer med smerter blir en stor del av det å yte omsorgsfull pleie å smertelindre pasienten slik at kroppslig ubehag som vil kunne minske pasientens psykiske ubehag. Pasienter med rusmiddelavhengighet kan også utvikle hyperalgesi som gjør at deres smerteopplevelse blir høyere og mer intense. Dette henger i tråd med Katie Erikssons teori om

helse og sykdom, hvor hun sier at det er den personlige opplevelsen av sykdom som skal vektlegges. Hun sier at den “den lidende behøver en medspiller” (Eriksson, 1995, s. 8). Som sykepleier blir en derfor en medspiller som skal forstå pasientens lidelse og støtte pasienten gjennom tillit og bekreftelse av pasientens smerter. Gjennom adekvat smertelindring og en forståelsesfull væremåte overfor pasientens lidelse, vil sykepleier kunne oppnå tillit hos pasienten som vil gjøre behandlingen god og omsorgsfull ved at pasienten føler seg ivaretatt av helsevesenet.

Det ble trukket frem i funnene våre at rusavhengige pasienter ofte ble oppfattet som aggressive og urolige. Det kan være vanskelig for sykepleiere å skille om dette skyldes utilstrekkelig smertestillende behandling, abstinenser, eller en mestringsstrategi for å få mer smertestillende for å oppnå ruseffekt. Det som gikk igjen i artiklene var at sykepleierne mente pasientene var aggressive for å oppnå vinning i form av rus. I studien til Neville & Roan (2014) siterte en av informantene “I do not like caring for these patients because sometimes they can be very confused, agitated and even aggressive” (Neville & Roan, 2014, s. 342). At sykepleiere sier de blir redde i møte med pasientene tenker vi vil kunne distansere forholdet mellom sykepleier og pasient ytterligere. Konsekvens av dette kan føre til situasjoner hvor pasienten blir mer aggressiv som et resultat av fortvilelse over ikke å bli tatt på alvor. Dette må igjen ses i sammenheng med kunnskap ettersom holdninger og kunnskap utfyller hverandre, som vil kunne føre til bedre smertelindrende behandling.

5.2.2 Kartlegging av smerter og rusavhengighet

Et problem som går igjen i flere av studiene er begrenset bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med smerter og rusavhengighet. I studien til Li et al. (2012, s. 256) oppga 38% av respondentene at de kartla pasientens rusavhengighet og kun 23.2% tok i bruk smertekartlegging. Dette viser til manglende bruk av kartleggingsverktøy, vi stilte oss derfor undrende til hvorfor kartlegging av rusavhengige blir tatt lite i bruk. En forklaring på sykepleierens manglende kartlegging kan være begrenset kunnskaper om smertelindring til rusavhengighet. I tillegg er temaet lite belyst i sykepleierstudiet og i vår erfaring fra praksis i sykehuset. I samme studie kom det fram at leger kartla pasientenes rusavhengighet oftere enn sykepleiere gjorde. Samtidig er dette like relevant for sykepleiere som det er for leger, ettersom at sykepleiere er de som administrerer medisiner og har ansvar for å observere virkningen og bivirkninger av medikamentet.

I legeforeningens retningslinjer til smertelindring framgår det at rusavhengige ofte blir underbehandlet for smerter og poengterer viktigheten av at kartlegging av bruks- og avhengighetstype er svært viktig tidlig i behandlingsforløpet (Den Norske Legeforening, 2009, 33). Studien til Govertsen et al. (2019) som omhandler smerteteam trekker også fram at det er viktig å kartlegge pasientens smerter og avhengighetstype tidlig i forløpet for få til god smertelindring. Andre årsaker til lite bruk av kartleggingsverktøy kan være manglende rutiner i avdelingen og stigmatisering til denne pasientgruppen.

Li et al (2012) belyser at enkelte sykepleiere opplever rusavhengige som manipulerende, dette kan resultere i at sykepleiere ikke tar i bruk smertekartlegging fordi de er redd for å bli lurt. I samme studie kommer det fram at 20.8% av sykepleierne og 26.3 % av legene var “enige” eller “nokså enig” om at den rusavhengige forteller sannhetene om sine smerter. Dette viser at fåtall av respondentene i undersøkelsen har troverdighet til denne pasientgruppen. Hvis sykepleiere tok i bruk kartleggingsverktøy oftere kunne dette vært med å skapt et mer troverdig syn overfor pasienten og gitt en bedre forståelse om hvilke mengde opioider pasienten trenger for å få dekket sitt daglige behov for å unngå abstinenser. I tillegg ville det gitt en bedre forståelse om substitusjonsbehandling. Her kan sykepleiere ta i bruk skjemaene “DUDIT” og “DUDIT- E” som kartlegger pasientens rusmisbruk og hvilken innvirkning det har på pasientens daglige funksjon. Ved økt bruk av kartleggingsverktøy vil det resultere i at sykepleiere får bedre informasjon og forståelse om pasientens rusmisbruk og tilstand. Som resultat av dette vil det bli lettere for både leger og sykepleiere å vite hvor mye smertestillende pasienten har behov for og hvilke type smertestillende som vil være mest effektiv. En viktig del av smertebehandling til denne pasientgruppen blir derfor å kartlegge pasientens bruk av rusmidler, ettersom de vil kunne ha en økt toleranse for smertelindrende medikamenter, som vil ha innvirkning på pasientens behandling. (Biong & Ytrehus, 2018, s. 187).

Optimal smertelindring til rusavhengige er essensielt fordi manglende smertelindring fører ofte til at pasienten skriver seg ut før behandlingen er avsluttet (Biong & Ytrehus, 2018, s. 261). Derfor bør pasientens smerter prioriteres høyt og kartleggingsverktøy som VAS, NRS, VRS, FRS og McGill pain questionnaire skjema bør tas i bruk for å sikre innhenting av data for å gi adekvat smertelindring til denne pasientgruppen. Ved bruk av smertekartleggingsverktøy vil det bli lettere for sykepleier å finne ut av hva slags type smerte det er snakk om, som igjen vil lette på utfordringene rundt adekvat smertelindring. Det vil bli en mer systematisk oppfølging av smertene og vil kunne fortelle mer om hva slags smerter det

er snakk om. Det innebærer hvor de er lokalisert, hva de kan relateres til og hvilke type smertelindrende tiltak som skal iverksettes med tanke på best mulig effekt. Undersøkelser har vist at det er for dårlig kunnskap rundt viktigheten i bruk av smertekartleggingsverktøy. Stubberud et. al (2017, s.383) skriver det er relatert til at mange sykepleiere viser motvilje til bruk av kartleggingsverktøy grunnet frykt for å miste det individuelle perspektivet på pasientens smerter.

I kombinasjon med kartleggingsverktøy er det viktig at sykepleiere også kartlegger pasienten gjennom klinisk blikk for å få et helhetlig bilde av pasienten. Det å få et helhetlig bilde av pasienten innebærer i tillegg at sykepleiere har et tverrfaglig samarbeid med andre instanser (Biong & Ytrehus, 2018, s. 261).

5.2.4 utfordringer i relasjon og tverrfaglig samarbeid

Det kommer frem i studiene at det er en utfordring å skape en relasjon og tillit med rusavhengige pasienter. Mange sykepleiere har en generell negativ holdning overfor denne pasientgruppen allerede før de møter pasienten, som bidrar til at møte kan fremstå som uprofesjonelt. Eriksson mener det kan føre til pleielidelse for pasienten i den form at pasienten faller utenfor sykepleiers syn på hvordan den ideale pasienten skal være, og blir dermed fordømt. Følelsen av å bli forhånds dømt kan resultere med at pasienten tilbakeholder informasjon eller ikke er ærlig med sykepleieren, som igjen kan føre til at sykepleieren ikke stoler på pasienten. Resultatet av det kan være at pasienten ikke får adekvat smertelindring på grunn av dårlig relasjon. Funn fra Govertsen et al. (2019) understreker at man må nullstille seg før man møter hver enkelt pasient og bruker tid til å både kartlegge smerter, bruk av rusmidler og bli kjent med dem for å skape en god allianse med pasienten. Dette bygger på Travelbee sin teori som tar for seg momenter rundt god relasjon. Å bygge en god relasjon til rusavhengige pasienter krever tid og ressurser som ikke alltid er tilgjengelig på en travel sengepost. Vi har selv opplevd i praksis hvor travelt det kan være, alt ifra lite bemanning som gjør at man må innom mange pasienter i løpet av kort tid, og legevisitter man skal være med på og at det stadig dukker opp nye arbeidsoppgaver man må ta hånd om. Dermed er det ikke alltid lett å bruke tid på å bygge en relasjon. Det at enkelte sykepleiere opplever det som ubehagelig og utfordrende å håndtere rusavhengige pasienter gjør at de gjerne ikke går inn mer enn de føler er nødvendig. Det finnes derimot unntak. Noen sykehus har smerteteam tilgjengelig som bruker tid og ressurser på pasienter som er utfordrende å smertelindre. Dette innebærer spesielt rusavhengige pasienter. Likevel blir ikke alltid denne ressursen brukt. "Tre

informanter følte imidlertid at deres kompetanse ikke ble brukt hvis legene på sengeposten ønsket å utarbeide egne smerteregimer. Da fikk ikke pasientene nødvendig smertelindring, og sykepleierne på sengeposten ble frustrerte” (Govertsen et al. 2019).

Sitatet viser også til en utfordring i det tverrfaglige samarbeidet med å gi adekvat smertelindring til rusavhengige pasienter. Det støttes i studien til Li et al. (2012) hvor sykepleiere ikke opplever legene som positive til smertelindring. For å sikre adekvat smertelindring er man avhengig av godt tverrfaglig samarbeid med partene involvert ettersom man sitter med kunnskaper og erfaringer som den andre parten ikke nødvendigvis har. Vi mener at hvis det ikke er godt tverrfaglig samarbeid kan man stille de etiske prinsippene til helsevesenet i tvil. For hvis ikke de forskjellige partene som er involvert i smertebehandling klarer å samarbeide, hvordan skal man forvente at pasientene får den nødvendige helsehjelpen de har krav på. Vi mener det er en fare for at smertelindringen blir standardisert og det ikke blir lagt til rette for individuell behandling med tanke på at rusavhengige pasienter kan ha hyperalgesi og høyere toleranse for smertelindrende medikamenter. Konsekvens av dette kan føre til at sykepleieren føler seg alene med pasienten og grunnlaget for en god relasjon frafaller ettersom sykepleier blir nødt til å dele ut medikamenter som er ordinert på forhånd av legen som ikke vil gi full effekt når det kommer til smertelindring. Dette bygger på utfordringer når det kommer til tilstrekkelig smertelindring ettersom studiene har vist at god relasjon til pasienten er et essensielt grunnlag for god behandling. Her blir instanser som LAR viktig å samarbeide med om sykepleier møter utfordringer med pasienter som er underlagt LAR. Vi mener dette vil kunne øke kunnskapen til sykepleier om pasienten ettersom LAR vil ha mye informasjon å bidra med og det vil bli lettere for sykepleieren som skal behandle pasienten å få et helhetlig bilde av pasienten. Her er det en mulighet at negative holdninger frafaller hos sykepleier ettersom man kan få mer informasjon enn bare pasientens nåværende situasjon.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Etter å ha analysert og diskutert funnene i artiklene som er blitt benyttet i vår oppgave, ser vi at sykepleiere har flere utfordringer i møte med rusavhengige pasienter som har behov for smertelindrende behandling. Hovedutfordringene baserte seg på sykepleiernes kunnskaper og holdninger. Det var gjentagende at sykepleiere manglet kunnskap om kartlegging av smerter og rus, samt hvordan de skulle kommunisere med pasientene og benytte seg av annet helsepersonell for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Det var også mangel på kompetanse om hyperalgesi, toleranse og hvor mye analgetika som måtte til for å dekke pasientens behov ved smerter. Videre baserte mye av utfordringene seg på stigmatisering i forhold til pasientgruppen som hadde innvirkning på sykepleierens holdninger. Holdninger som gikk igjen var at sykepleierne mente rusavhengige manipulerte, og var aggressive som gjorde at mange synes det var skremmende å jobbe med denne pasientgruppen. Som resultat av at det var mangel på kompetanse og gjennomgående negative holdninger, ville ikke sykepleiere bruke mer tid enn absolutt nødvendig med denne pasientgruppen. Dette ga i tillegg utslag på bruken av kartleggingsverktøy, hvor sykepleierne dro frem erfaring og kollegaer som kunnskapsbase.

Da vi har sett hvilke utfordringer sykepleiere drar fram i møte med rusavhengige pasienter ser vi at det er behov for å belyse dette temaet nærmere og at økt kunnskap og mer positive holdninger blant helsepersonell er viktig i møte med rusavhengige pasienter innlagt i sykehus. Økt kunnskap hos sykepleiere vil i praksis kunne føre til økt trygghet, som vil kunne bedre relasjonen mellom pasient og behandlende sykepleier. For å få til dette er det viktig at sykepleiere har retningslinjer å forholde seg til og at det sikres at de er oppdatert på lovverket. En annen essensiell del av arbeidet med rusavhengige, er at sykepleiere har kunnskap om hvordan rusmidlene virker på kroppen og at de vet at rusavhengige kan utvikle hyperalgesi og økt toleranse for smertelindrende medikamenter. For at sykepleiere skal kunne holde seg oppdatert på dette, blir det viktig at det holdes fagdager i det aktuelle tema og at det blir belyst mer under utdanningen. Fagdager blir et viktig bidrag for at helsepersonell skal tilegne seg oppdatert kunnskap og at det blir belyst at gode holdninger er viktig i møte med denne pasientgruppen. Ut i fra personlig erfaring har vi sett mangel på undervisning om smerter og behandling av smerter. At sykepleiere ser bort fra avhengigheten og heller retter seg mot sykdomsårsaken er viktig for å få til god behandling. For å få til dette må det tas i bruk smertekartleggingsverktøy og sykepleiere fokuserer på å bygge et gjensidig tillitsforhold med pasienten. Det å belyse viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid vil øke kunnskapsbasen

rundt pasienten og legge mer til rette for pasientenes individuelle behov som vil føre til en mer helhetlig behandling.

Avklaring i forhold til hvilke rolle en har overfor pasienten blir viktig, og et felles samarbeid og enighet må ligge til grunn i det tverrfaglige samarbeidet. Rutiner innad på sengepostene blir essensielt, og at det blir lagt til rette for at rutinene opprettholdes. Dette kan føre til økt trygghet hos helsepersonell om hvilke oppgaver de har i forhold til den smertelindrende behandlingen.

Som nevnt har det vært manglende undervisning om denne problematikken under universitetsutdanningen. Økt fokus rundt tema kan føre til økt forståelse av pasientgruppen, hvor holdninger vil bli mer positivt rettet blant nyutdannede sykepleiere. Økte ferdigheter og kunnskaper vil også forekomme som vil føre til sykepleiere som er mer forberedt, og legger til rette for gode rutiner og økt kunnskap om smertebehandling av rusavhengige innlagt i sykehuset.

Det er mange misoppfatninger til stede ved denne pasientgruppen. Den vanligste er nok at pasientene prøver å manipulere for å få ekstra medikamenter som skal bidra til en rusfølelse. Smertene til pasientene skal derimot tas på alvor, for rus- og abstinenssymptomer kan skjule underliggende sykdom. Et hovedprinsipp ved smertelindring til opioidavhengige er at de skal få sitt basale opioid behov dekket grunnet de krever betraktelig høyere doser av opioider enn andre pasientgrupper grunnet høyere toleranse. Når det kommer til å gi god smertelindring til denne pasientgruppen så er det viktig å ha i bakhodet at dette er ikke arenaen for å avruse, men at målet er å holde pasienten smertefri. Holder man ikke pasienten smertefri er det en mulighet for at pasienten forlater sykehuset på eget initiativ, noe som er ugunstig både for pasientens egen sikkerhet og for avdelingen (Biong et al. 2018, s. 186-188).

Litteratur

- Biong, S., & Ytrehus, S. (red.) (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Studies Checklist*. Hentet fra Casp: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den Norske Legeforeningen. (2009, 04 03). Retningslinjer for smertelindring. *Smertelindring*, 33. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Dietrichs, E. (2021, 01 04). Hyperalgesi. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra sml.snl.no/hyperalgesi
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. (Ø. Randers-Pehrson, Overs.) Tano, Oslo. Hentet fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/0d79cb121e3390070c32a13495f4b681?lang=no#0>
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende mennesket* (2. utg.). København: Munksgaard.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Friberg, F. (red.) (2018). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Govertsen, A. B., Aanensen, C., & Moi, E. B. (2019, 02 27). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/smerteteam-kan-vaere-god-stotte-helsepersonell-ved-smertelindring-til-rusavhengige>
- Gundersen, D. (2019, 10 31). *Manipulere*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://snl.no/manipulere>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bind. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., Bind. 3). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., Bind. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015, June). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. Hentet fra <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0260691715000982?via%3Dihub>
- Li, R., Undall, E., Andenæs, R., & Nåden, D. (2012, 11 08). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien.no*, 252-260. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2021). *Kartleggingsverktøy*. Hentet fra ROP: <https://rop.no/kartleggingsverktoy/>

Neville, K., & Roan, N. (2014, June). Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. *HE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION*, 44(6), 339-346. Hentet fra https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2014/06000/Challenges_in_Nursing_Practice__Nurses_.8.aspx

Norsk Sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 04 17, 2021 fra Norsk Sykepleierforbund: https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer?fbclid=IwAR0mMtTuSwmrDoly8umqb44Jy51_8n_k9A9GcWe7fQ96NPFkpdESkzdjxDE

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134). Henter fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (red.) (2017). *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

United Nations. (2019). *World Drug Report 2019: 35 million people worldwide suffer from drug use disorders while only 1 in 7 people receive treatment*. Hentet fra Office on Drugs and Crime: https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html

Aambø, A. (2007). *Smerter*. Oslo: Cappelen Damm AS.

VEDLEGG

VEDLEGG 1. SØKEORD OG DATABASE

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall Treff	Brukte artikler
Pain management	Cinahl	AND Substance abuse	699	
Pain management	Cinahl	AND drug addiction OR drug abuse OR substance abuse AND hospitalized patients	3	1
Pain management	Cinahl	AND opioid addiction AND nurs*	22	1
rus*	Svemed+	AND smertelindring	2	1
pain	Svemed+	AND substance use disorder	49	
pain	Svemed+	AND substance use disorder AND hospital	3	1

VEDLEGG 2. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
-------------------	--

Tittel	Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence
Tidsskrift/år stall	The Journal of Nursing Administration (2014)
Forfattere	Kathleen, N. & Roan, N.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	<p>Økende sykehusinnleggelse med pasienter som er avhengige av rusmidler, og har høyere toleranse overfor analgetiske smertelindrende midler. Ifølge WHO er det ca 2 milliarder som forbruker alkohol og 185 millioner som bruker rusmidler. Sykehusinnleggelse bestående av pasienter som har en avhengighetslidelse er estimert mellom 20-50% av alle sykehusinnlagte pasienter.</p> <p>Det er begrenset med forskning om dette temaet og artikkelen tar for seg sykepleieres holdninger overfor pasienter med en avhengighetslidelse.</p>
Hensikt	Å undersøke sykepleieres perspektiv av å gi sykepleie til pasienter med rusavhengighet i sykehus.
Metode	<p>Kvalitativ metode med to dybdespørsmål som ble sendt til 24 sykepleiere i USA på fem forskjellige avdelinger (tre medisinske kirurgiske avdelinger, en neurologisk-ortopedisk og en onkologisk avdeling). Spørsmålene er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What are your thoughts and feelings about working with patients with substance abuse and/or dependence issues in the hospital settings? 2. How does caring for a patient with substance abuse/dependence influence your nursing care provided to hospitalized patients? <p>Spørsmålene ble besvart skriftlig på eget rom og tok ca. 15 minutter. Etter spørsmålene ble besvart ble de levert i en lukket konvolutt og levert til undersøkernes.</p> <p>Spørreundersøkelsen var konfidensiell. 23 (96%) var kvinner. Alderen hos sykepleierne varierte fra: 10 sykepleiere i alder 20-40. 6 sykepleiere i</p>

	<p>alderen 41-50 og 8 sykepleiere i alderen 51-55. Majoriteten av sykepleierne hadde jobberfaring fra 11-30 år med jobberfaring (75% n=18), 3 sykepleiere hadde 6-10 år med erfaring og 3 sykepleiere hadde under 5 år med erfaring.</p>
<p>Resultater</p>	<p>Til spørsmål en var det fire mønstre som ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etisk omsorgsplikt 2. Negative perspektiver/holdninger til å gi pleie til pasienter med rusavhengighet 3. Nødvendighet for mer kunnskap om temaet 4. Sympatisk bekymring for å jobbe med pasientgruppen <p>Etisk omsorgsplikt ble identifisert og definert med: beslutninger, omsorg og en forståelse av å gi pleie til pasienter uavhengig av bakgrunnen deres.</p> <p>Negative holdninger/perspektiver var representativt hos majoriteten av sykepleierne som jobber med denne pasientgruppen - gjennom sitater viser det sinne og frustrasjon at denne pasientgruppen krever mer ressurser å håndtere. Det innebærer også mistro til pasientene for at de skal manipulere og lyve for egen vinning.</p> <p>En holdning som kom frem var usikkerhet. Som innebærer frykt og bekymring for egen sikkerhet rundt denne pasientgruppen.</p> <p>Nødvendighet for mer kunnskap kom frem. Flere mener at det å håndtere denne pasientgruppen krever en spesialisert kunnskap/utdanning noe flere mente de manglet.</p> <p>Sympatisk bekymring kom også frem som tema og går på bekymring overfor pasientene og deres familie.</p> <p>Til spørsmål to kom flere av de samme temaene opp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etisk omsorgsplikt 2. Negative holdninger/perspektiv 3. Usikkerhet mellom sykepleiernes profesjonelle mening og pasientens behov for smertelindrende. 4. Nøling med å gi smertelindrende grunnet mistenksomhet om pasientene forteller sannheten

Artikkel 2	
Tittel	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study
Tidsskrift/år stall	Nurse Education Today (2015)
Forfattere	Krokmyrdal, A, K. & Andernæs, R.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	<p>Rusavhengighet og sykdommer relatert til rusavhengighet er et økende problem. Denne pasientgruppen har høyere toleranse for smertelindrende midler enn andre pasientgrupper og får ikke alltid adekvat smertelindring.</p> <p>Pasienter med et avhengighetsproblem til opioider er utfordrende å behandle, og mange sykepleiere har negative holdninger til denne pasientgruppen som bidrar med en stigmatisering av denne pasientgruppen.</p>
Hensikt	<p>Hensikten med forskningen i artikkelen er å få en oversikt over:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sykepleierne sin kunnskap om smerte. 2. Deres kompetanse til å gi smertebehandling til pasienter som har et avhengighetsproblem overfor opioider. 3. Kildene til sykepleieres kunnskap om temaet.

<p>Metode</p>	<p>Metoden som er brukt i studien er kvantitativt. Data ble samlet inn via et tverrsnitt studie som ble sendt til medisinske og ortopediske avdelinger på to forskjellige sykehus i Norge. Inklusjonskriteriene besto av sykepleiere som regelmessig er involvert med pasienter som har et avhengighetsproblem overfor rusmidler. Det var ingen eksklusjonskriterier. Det ble sendt ut 181 spørreskjemaer og 98 ble besvart.</p> <p>Studien er delt opp i fire deler som tok for seg et eget tema. Disse fire delene består av:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosiodemografiske variabler av sykepleierne som var med i studien. Det innebærer alder, kjønn, hvilken avdeling og stilling informanten har, om informanten har videreutdanning/spesialisering, arbeidserfaring som sykepleier og erfaring med pasienter som har et avhengighetsproblem til opioider. 2. Denne delen består av åtte spørsmål som er ment til å finne ut hvor sykepleiere oppnår sin kunnskap om smerte og smertebehandling til pasienter med avhengighet til opioider. Spørsmålene retter seg mot deres utdanning før og etter ansettelsen, kurs, litteratursøk, erfaring fra arbeid, kolleger og hvilke nettsider de bruker for å holde seg faglig oppdatert. 3. Den tredje delen består av 10 uttalelser om sykepleiernes kunnskap og ferdigheter til å kjenne igjen smerte, evaluere kilden og graden av smerte, administrere og evaluere effekt av smertelindring, effekt av opioid avhengighet relatert til smerte og kunnskap om smertelindring til opioidavhengige. 4. Den fjerde delen består av 15 uttalelser om sykepleieres holdninger mot livsstilen til pasienter som er avhengige av opioider, smertefølelsen til opioidavhengige, pasientens perspektiv til smertebehandling og holdninger med å jobbe med pasienter som er avhengige av opioider.
<p>Resultater</p>	<p>Sykepleierne som deltok var mellom alderen 22-54 år. 37.7% var fra medisinsk avdeling og 65.3% fra ortopedisk. Sykepleiernes arbeidserfaring rangerte fra 0-27 år med gjennomsnitt erfaring på fem år. 69% av respondentene hadde fem år eller mindre arbeidserfaring med pasienter med opioidavhengighet.</p> <p>Tabell to viser sykepleiernes kompetanse med fokus på ferdigheter og kunnskaper angående smertebehandling. 80.3% svarte at de kunne</p>

gjenkjenne smerte og 65% svarte at de kunne evaluere smertens kilde. 79.7% av respondentene svarte at de kunne bruke opioider som smertelindrende og 84.7% svarte de kunne evaluere effekten av opioider som smertelindrende. Tabellen viser også at 54.1% mente de ikke kunne evaluere i hvilken grad pasienten opplever smerten og 87.8% svarte de ikke hadde nok kunnskap om smertebehandling.

Tabell tre presenterer kompetanse hvor holdninger er inkludert. 38.7% var uenige med at opioidavhengighet fører til økt smerte og 30% mente at det å gi opioider som smertelindrende bidrar til avhengighetsproblemet til pasienter som er avhengige av opioider. 62% mente at denne pasientgruppen overdriver smertene deres for å få mer smertelindrende medikamenter. 56.1% av respondentene mener at pasientene ikke er ærlige når de beskriver effekten av de smertelindrende medikamentene de får.

Tabell fire viser hvor respondentene får sin kunnskap om smertebehandling til rusavhengige pasienter fra. 89,8% av respondentene svarer at de får begrenset kunnskap fra sykepleierutdanningen og 50% svarer at de får sin kunnskap fra arbeidserfaring. 34.7% får sin kunnskap fra kollegaer.

Artikkel 3	
Tittel	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige.
Tidsskrift/år stall	Sykepleien.no (2019)
Forfattere	Anne Berit Govertsen, Cathrine Aanensen, Ellen Benstad Moi

Perspektiv	Spesialsykepleier
Problem	Utfordringer sykepleier står overfor knyttet til smertelindring av rusavhengige innlagt i sykehus.
Hensikt	Belyse viktigheten av å bruke smerteteam for adekvat smertelindring av pasienter med avhengighetsproblematikk.
Metode	<p>Artikkelen har et kvalitativt design gjennom seks dybdeintervjuer hvor det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse. Forfatterne av artikkelen kontaktet smerteklinikker ved fem sykehus i Sør-Norge per e post. Fire av sykehusene hadde smerteteam som hadde erfaring med rusavhengige pasienter. Smerteteamene bestod av en til flere spesialsykepleiere og en anestesilege som enten var knyttet til en smerteklinikk eller anestesivdeling. To av smerte teamene drev med oppsøkende virksomhet, og hvor samtlige behandlet pasienter etter henvisning. Forfatterne har benyttet seg av å intervju informantene i 45 – 60 minutters anonymiserte intervjuer og de hadde kriterier om at informantene måtte være spesialsykepleiere med minst to års arbeidserfaring i smerteteam og behandling av rusavhengige pasienter. Intervjuene ble tatt i november og desember 2015. Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer. Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer hvor informantene ble spurt om positive erfaringer og utfordringer i møte med smertelindring av rusavhengige pasienter.</p> <p>Det ble gjort et strategisk utvalg, hvor det ble plukket ut seks spesialsykepleiere som jobbet i smerteteam fra fire forskjellige norske sykehus. Fem av informantene var intensivsykepleier eller anestesisykepleier og hvor en hadde spesialisering innen smertebehandling. Alle informantene som var med i studien var kvinner over 30 år og hadde arbeidserfaring innen smerteteam med mer enn tre år.</p>
Resultater	<p>Funn i studien viser at samtlige av informantene erfarte at tillit var viktig i møte med rusavhengige pasienter og at pasientene opplevde trygghet når smerteteamet satt av tid til pasientene og tok deres smerter på alvor.</p> <p>Det ble vist at ærlighet og direkte kommunikasjon la grunnlag for et godt møte og samarbeid med pasientene. Informantene opplevde at det var viktig å stille utfordrende spørsmål, selv om det kunne virke ubehagelig. undersøkelsen viste videre at informantene opplevde rusavhengige pasienter som velformulerte og at de til tider kunne virke manipulerende.</p>

Informantene la vekt på at de ikke stigmatiserte pasientene og behandlet denne pasientgruppen likt som andre pasientgrupper for å skape god relasjon og tillit.

Kunnskap kom fram som en sentral posisjon i behandling av rusavhengige pasienter. Smertekartlegging og kartlegging av pasientens forhold til rusmidler tidlig, var viktig for å få til god smertelindring av pasientene.

Informantene mente at høyere kunnskap var et kriterie for vellykket smertelindring av rusavhengige og det var generelt var begrenset kunnskap hos sykepleiere innen smertelindring av rusavhengige pasienter.

Informantene la vekt på at det tverrfaglige samarbeidet med sengepostene og andre instanser som LAR (Legemiddel Assistert Rehabilitering) spilte en stor rolle i adekvat smertelindring til rusavhengige innlagt i sykehus.

Det ble vist at informantene fant samarbeidet med legene på sengepostene varierende og at dette kunne være en utfordring da noen leger ville opprette egne smerteregimer. Tre av informantene opplevde så dette som et problem da de opplevde at pasienter som hadde et problem med avhengighet ikke fikk den smertelindringen de skulle ha.

Artikkel 4	
Tittel	Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus
Tidsskrift/år stall	Sykepleien.no (2012)
Forfattere	Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs, Dagfinn Nåden
Perspektiv	Sykepleier og lege
Problem	Rusavhengige pasienter som er innlagt i sykehus skriver seg ofte ut før behandlingen er avsluttet av flere årsaker, det kan være en kombinasjon av

	<p>både smerter og manglende tilførsel av medisiner som igjen kan føre til at pasienten føler på uro, angst og agitert atferd. Det er begrenset forskning om smertelindring til rusavhengige samt det er lite kunnskaper hos helsepersonell til hvordan rusavhengige påvirker smertebehandlingen.</p> <p>Et annet problem rundt denne pasientgruppen er stigmatisering og underdiagnostisering av smertene. Rusavhengige opplever mangelfull behandling av smerter innlagt i sykehus.</p>
Hensikt	Hensikten med studien er å kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger til rusavhengige innlagt i sykehus.
Metode	<p>I artikkelen har de tatt for seg kvantitativ studie. Det ble valgt ut et representativ utvalg av personer som bidro med informasjon til å besvare problemstillingen. Her kartla forfatterne personer innenfor smerte miljøet ved de ulike sykehusene, der de tok for seg avdelinger hvor rusavhengige pasienter oftest var innlagt. Studien har tatt for seg både leger og sykepleiere ansatt ved seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anesthesiavdelinger ved fire norske sykehus i fire ulike helseregioner. Inklusjonskriteriene var at respondentene skulle være leger eller sykepleiere i fulltids- eller deltidsstilling, arbeide på en av de ovenfor nevnte avdelingene, samt ha erfaring med pasientgruppen rusavhengige. Totalt ble det delt ut 456 spørreskjemaer sammen med et informasjonsskriv om studien, av 435 utsendte var det 312 besvarte, 274 sykepleiere og 38 leger.</p> <p>Det er tre forskningsspørsmål som ønskes besvart ved hjelp av studien: “I hvilken grad utføres sentrale handlinger når opioidavhengige pasienter med smerte er innlagt i sykehus?”</p> <p>“Hvordan vurderer leger og sykepleiere sin kunnskap om rusmisbruk og smerte?”</p> <p>“Hvilke holdninger har leger og sykepleiere til opioidavhengige pasienter med smerte?”</p> <p>Det ble utarbeidet et eget spørreskjema som besto av totalt 36 spørsmål inndelt i fire kategorier. De ulike kategoriene inneholdt bakgrunnsvariabler handlinger eller tiltak som kan iverksettes overfor pasienter med rusavhengighet og smerter, i tillegg helsepersonellens kunnskaper om holdninger overfor den rusavhengige pasientkategorien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Første kategori omhandlet bakgrunnsvariabler om profesjon, alder, avdeling, erfaring og hvor ofte de var i kontakt med rusmisbrukere

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Andre kategori som bestod av påstander knyttet til kartlegging av av rusmisbruk og smerter, urin/blodprøvetaking, individuell behandlingsplan og samarbeid med annet helsepersonell. Svaralternativene i påstandene bestod av: “aldri”, “sjelden”, “av og til”, “ganske ofte” og “svært ofte” 3. Kunnskapsdelen bestod av to deler, der del en omhandlet fem spørsmål hvor respondentene ble bedt om å vurdere sine egne kunnskaper på en skala fra (1= lite kunnskap til 5= mye kunnskap). I den andre delen ble respondentene testet gjennom tre forskjellige kunnskapsspørsmål hvor svaralternativene bestod av “enig”, “uenig” eller “vet ikke”. 4. I den siste kategorien omhandlet det holdninger til behandling av opioidavhengige med smerte som bestod av 16 påstander der svaralternativene var “1=helt enig”, “2=nokså enig”, “3=både/og”, “4=nokså enig” og “5= helt uenig”.
Resultater	<p>Som nevnt tidligere var det 312 besvart av 435 utsendte, som utgjør en prosentandel på 72 prosent. Av disse var det 38% som oppga at de kartla rusavhengige med kartleggingsverktøy, i tillegg kom det fram at leger kartla oftere enn sykepleiere. I studien var det 49.6% som svarte at de erstattet pasientens daglige bruk av opioider. Totalt 23.2% av respondentene oppga at de tok i bruk smertekartleggingsverktøy ofte.</p> <p>I studien blir helsepersonellens kunnskaper om rusavhengige og smerte vurdert. Tabell to belyser at det er forskjell mellom profesjonene på enkelte spørsmål, samt det kommer fram at leger vurderte sine kunnskaper over sykepleierens kunnskaper.</p> <p>Tabell to viser også at 83% svarte riktig på kunnskap spørsmålet om rusavhengige har økt toleranse for opioider. På neste spørsmålet som omhandlet om langvarig bruk av opioider fører til overfølsomhet for smerte svarte hele 45.3 % “vet ikke”, mens 47.6% var enige i påstanden om overfølsomhet for smerte. Neste kunnskapsspørsmål som omhandlet om rusavhengige trenger større doser opioider for å få effekt var det 70.8 % som svarte riktig.</p> <p>Tabell tre tar for seg helsepersonellens holdninger til rusavhengige med smerter. Et av funnene var at sykepleierne opplevde å bli manipulert av rusavhengige når det ble spurt om smertestillende, dette viste seg å være mer vanlig hos sykepleiere enn leger. I studien ble legene vurdert om legene var positiv til smertelindring av rusavhengige, her blir det trukket fram at sykepleierne vurderte det lavere enn hva legene selv gjorde. I påstanden om at rusavhengighet er en sykdom kom det fram at 55.7% av sykepleiere og 73.7% av legene var enige.</p>

Hele 56.1 % av sykepleierne og 15.8 % av legene svarte at de følte seg manipulert av rusavhengige, samt det var 29 % av sykepleierne og 36,8% av legene som svarte “både/og” på om rusavhengige mainpulerer dem ved forespørsel om smertelindring.