

BSYBAC_5: Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet i Stavanger

*Sykepleierens kunnskaper og holdninger om smertebehandling til
rusavhengige innlagt på somatisk sykehus*

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.05.22

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Rusavhengighet er et økende helseproblem på verdensbasis. Smertebehandling til rusavhengige er krevende. Forskning tyder på at rusavhengige innlagt på sykehus ikke får tilstrekkelig smertelindring. Hvordan sykepleiere møter denne pasientgruppen er avgjørende for at de føler seg ivarettatt, og får adekvat smertebehandling.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiernes kunnskaper og holdninger til rusavhengige med smerte innlagt på sykehus.

Metode

Oppgaven er en litteraturstudie hvor integrativ litteraturoversikt er benyttet som metode. Datamaterialet består av to kvalitative artikler og to kvantitative artikler. Artikkene har blitt analysert og tolket, hvor funnene fra artikkene har blitt organisert inn i nye hoved- og underkategorier for å skape en ny helhet. Under metodediskusjonen vektlegger vi fordeler og ulemper, og belyser ulike sider av problemstillingen basert på teori, egne refleksjoner og funnene fra artikkene.

Resultater

Det vises til at sykepleiere har kunnskapsmangler i smertebehandling og bruk av smerte- og rus kartleggingsverktøy. Det vises til en kultur preget av stigmatiserende holdninger, forskjellsbehandling, og mangel på menneskelige forhold. Holdninger er at rusavhengige er russøkende i et forsøk på å få mer smertestillende. Det kommer også frem at det er mistillit mellom partene. Smerteteam kan bidra til økt kompetanse og holdningsendring.

Konklusjon

Forskning tyder på at sykepleierens kunnskaper og holdninger påvirker smertebehandlingen rusavhengige får på somatisk sykehus. Den indikerer at rusavhengige ikke blir tilstrekkelig smertelindret, men at det trengs mer forskning på dette området.

Nøkkelord: Rusmisavhengighet, smertelindring, smertebehandling, sykepleier, kunnskap, holdning, stigmatisering, sykehus.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	4
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2	PROBLEMFOMULERING	4
1.3	HENSIKT	5
2.0	TEORETISK REFERANSERAMME	6
2.1	RUSMIDDELAVHENGIGHET	6
2.2	LOV OM LIKESTILLING OG FORBUD MOT DISKRIMINERING	6
2.3	SMERTE	7
2.4	KUNNSKAP OG KOMPETANSE	7
2.5	HOLDNINGER OG FORDOMMER	8
2.6	RESPEKT	8
2.7	YRKESETISKE RETNINGSLINJER	8
2.8	MAKT	9
2.9	TRAVELBEES MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD I SYKEPLEIE	9
3.0	METODE	10
3.1	VALG AV METODE	10
3.2	INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	10
3.3	LITTERATURSØK	11
3.3.1	Valg av søkeord	11
3.3.2	Valg av database	11
3.3.3	inkludering eksklusjonskriterier/Avgrensninger	11
3.3.4	Valg av artikler	12
3.4	ANALYSE	12
4.0	PRESENTASJON AV RESULTATER	14
4.1	OVERSIKT OVER HOVED OG UNDERKATEGORIER:	14
4.2	HOLDNING PÅVIRKER SYKEPLEIERENS HANDLING	14
4.2.1	Stigmatiserende holdninger påvirker smertebehandlingen	14
4.2.2	Mistillit	15
4.3	KUNNSKAPSMANGEL PÅVIRKER SMERTEBEHANDLINGEN	16
4.3.1	Manglende kunnskap hos sykepleierne	16
4.3.2	Smerteteam	16
5.0	DISKUSJON	18
5.1	METODEDISKUSJON	18
5.1.1	Integrativ litteraturoversikt som metode	18
5.1.2	Kvalitativ og kvantitativ metode	18
5.1.3	Vitenskapelige artikler	19
5.1.4	Analysearbeidet	20
5.2	RESULTATDISKUSJON	20
5.2.1	Hvordan skaper vi gode holdninger blant sykepleiere?	20
5.2.2	Hvordan heve sykepleierens kunnskapsnivå?	22
5.2.3	Hvordan skaper vi tillit mellom sykepleier og pasient?	24
6.0	ANVENDELSE I SYKEPLEIEPRAKSIS	26
	LITTERATURLISTE	28
	VEDLEGG	31

Antall ord: 7986

1.0 INNLEDNING

Denne oppgaven omhandler sykepleiernes kunnskaper og holdninger til smertebehandling til rusmisbrukere mens de er innlagt på sykehuset. Sykepleiernes kunnskap og hvordan en velger å møte den rusavhengige er av stor betydning for at de føler seg ivaretatt. Oppgaven belyser viktige temaer som, relasjonsbygging, tillit, diskriminering og forskjellsbehandling. Alle har krav på å bli møtt *barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene*. Noe som er forankret i Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer, og gir sykepleier et moralsk ansvar (Molven, 2019, s.68-69).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av studietiden i kirurgisk praksis og i LAR har vi erfart at rusavhengige ikke alltid får smertestillende medikamenter når de ber om det. Arbeidskulturen blant kollegaer var ofte preget av stigmatiserende holdninger slik som at pasienten ville ruse seg. Pasientene ble gjerne fort forhåndsdomt eller ikke trodd når de oppga at de hadde smerter eller ba om smertestillende. Vi bemerket oss om at de sykepleiere som fant sin pasient troverdig i hans smerteforbidling, hadde synlig tettere forhold til pasienten enn sine arbeidskollegaer som hadde negative holdninger. Dette har vekket vår interesse til å undersøke om rusavhengige faktisk får adekvat smertebehandling. På verdensbasis er det anslått at forekomsten av rusavhengighet er økende og som gir en indikasjon på at dette også er en pasientgruppe vi vil møte i fremtiden som sykepleiere (Skogen, Torvik, Hauge, & Reneflot, 2019).

1.2 Problemformulering

Hvert år blir mange mennesker med rusavhengighet innlagt på norske sykehus. Det vises til at rusavhengige ikke blir tilstrekkelig smertelindret mens de er innlagt på sykehus (Biong & Ytrehus, 2020, s. 186-187). I Folkehelseinstituttet fremkommer det at pasienter med rusavhengighet ofte har høyere terskel til å søke om hjelp ved sykdom, enn ikke rusavhengige (Skogen, et. al., 2019). Dette kan skyldes negative holdninger fra helsepersonell og den rusavhengige pasient kan føle at han ikke blir tatt på alvor når han sier han har smerter. Han kan kjenne på avvising og forskjellsbehandling, som kan virke krenkende for pasienten. Rusavhengiges rettigheter under likestilling- og diskrimineringsloven (2017), er et felt med mange gråsoner som er med på å påvirke holdninger i samfunnet deriblant i helse-omsorgstjenesten (Biong & Ytrehus, 2020, s.15-25)

Tilstrekkelig smertelindring ved smerter er essensielt for å sikre et godt behandlingsforløp (Biong & Ytrehus, 2020, s. 224, 187). Tidligere forskning viser til at sykepleier ikke har elementære kunnskaper innen smertehåndtering (Danielsen, Berntzen & Almås, 2020, s. 382). Hvordan helsepersonell velger å møte denne pasientgruppen har alt å si på hvordan de håndterer å være innlagt og får hjelp med sitt helseproblem. Ny kunnskap som understreker sykepleiers kunnskap og holdninger til smertelindring av rusavhengige kan bidra til å belyse et mulig problemområde. Slik kunnskap kan bidra til å opplyse helsepersonell om hva som bør vektlegges i møte med denne pasientgruppen, og forhindre at rusmisbrukere blir møtt med negative holdninger. Videre belysning av denne problemstillingen kan bidra til at det skjer en endring som medfører at rusmisbrukere får den smertebehandlingen de har krav mens de er innlagt på sykehus.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse om sykepleiernes kunnskaper og holdninger til rusavhengige vil påvirke smertebehandlingen de får på somatisk sykehus.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I denne teoridelen vil vi forklare litt om rusavhengighet, stigmatisering, smerte, sykepleierens kunnskap og holdninger, respekt, NSF sine yrkesetiske retningslinjer og Kari Martinsens hypotese om maktforholdet. Kapittelet avsluttes med Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie.

2.1 Rusmiddelavhengighet

Ifølge FHI kjennetegnes rusmiddelavhengighet som et sterkt ønske om å innta rusmidler og har problemer med å kontrollere forbruket. Mennesker med avhengighet til rusmidler vil som regel velge rus foran andre forpliktelser, til tross for at de vet hvor skadelig det er (Biong & Ytrehus, 2020, s. 24). Rundt 1950 kom *sykdomsmodellen* som forklarer at noen er disponert for å bli alkoholikere gjennom arvelige gener. Denne teori hadde mange motstandere som advarte at denne modellen ville gi den enkelte en unnskyldning, og dermed frita den rusavhengige fra skyld og moralske ansvar (Biong & Ytrehus, 2020, s. 48-49). AA (anonyme alkoholikere) bevegelsen vokste frem på bakgrunn av den nye sykdomsforståelsen (Biong & Ytrehus, 2020, s. 48-49). Frem til 1990 tallet ble rusavhengighet sett under et sosialpsykologisk perspektiv, og dens behandling lå under sosialtjenesten. Rusreformen av 1994 gjorde at sykdomsmodellen i 1997 ble endret fra *sosialpsykologisk* perspektiv til et *biologisk perspektiv*, og dermed underlagt spesialisthelsetjenesten (Biong & Ytrehus, 2020, s. 66).

2.2 Lov om likestilling og forbud mot diskriminering

Formålet til likestillings- og diskrimineringsloven (2017) er å fremme likestilling og hindre diskriminering. Ldl §6 gir forbud mot å diskriminere og §7 mot direkte forskjellsbehandling, men er et felt med mange *gråsoner*. Rusavhengige er kun delvis dekket under samlekategorien *funksjonsnedsettelse*. Forutsetning er at den rusmiddelavhengige har en *tilleggslidelse i form av en fysisk, psykisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse*.

Det har blitt forespurt endringer, men Norges offentlige utredning vedholder loven og innvilger ellers fire nye kategorier, og rusavhengiges rettigheter er ikke blitt forankret her [NOU] 2009:14 s. 96-97). Tilgangen til tjenester fra helse- og omsorgstjenester beskrives som mangelfull. I Norge refereres rusmiddelavhengighet som et helseproblem. Rusmisbrukere ansees likevel som norm avvikende, noe som er med på å påvirke holdninger i samfunnet, deriblant i helse-omsorgstjenesten (Biong & Ytrehus, 2020, s. 15-25).

2.3 Smerte

Ifølge International Association for Study of Pain (IASP) beskrives smerte som en sensorisk og emosjonell opplevelse av ubehagelig natur som følge av ødeleggelse eller potensiell skade av vev, og oppfattes subjektiv for personen bak smertene (Danielsen, Berntzen & Almås, 2020, s. 383). Pasienter med rusmisbruk er en utfordrende å smertelindre, ettersom høyt alkoholmisbruk gjør at legemidler brytes ned raskere. Opioidavhengige har et høyere toleransenivå for legemidler. Denne pasientgruppen har dermed ofte behov for en betydelig høyere dose legemidler enn andre pasienter (Ørn & Gansmo, 2019, s.580: Biong & Ytrehus, 2020, s.187). Hyperalgesi beskrives som en *økt følsomhet i de nociseptive fibrene* (smertereseptorene) (Danielsen, et.al., 2020, s. 386-388). Ettersom smerte er en subjektiv opplevelse for pasienten er det sykepleiers plikt å lytte og finne sin pasient troverdig i hans formidling av smerte, som en rettighet for pasienten og hans autonomi (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø (red.), 2017, s. 178).

For å kartlegge smerte kan pasienten fylle ut et vurderingsskjema (McGill Pain Questionnaire) hvor pasienten rangerer smerte på en skala fra 1-5 sammen med beskrivelse om kvalitet og intensitet av smertene pasienten opplever. Ved akutte smerter kan det være vanskelig for pasienten å fylle ut dette skjema og det vil da være enklere å bruke VAS score, hvor man spør pasienten om å beskrive intensitet av smerter på en skala fra 1-10. Pasienten kan enten peke på skala eller gi verbal respons. For pasienter som har vanskelig å gjengi smerte vil gjerne ha bedre nytte av et ansiktsskala (face pain rating scale, FPS). Da peker pasienten på bildet av ansikt som best beskriver hvordan smerten oppleves. Ved en smertescore på over tre skal det som en generell regel ved mange avdelinger administreres analgetika (Danielsen, et.al., 2020, s. 390). Det er utarbeidet egne retningslinjer for smertebehandling av opioidavhengige av den norske legeforening. Rus-og abstinenssymptomer kan skjule sykdom, og uttalt smerte fra pasienten må dermed alltid tas på alvor (Biong & Ytrehus, 2020, s.187). I tillegg er det sykepleierens plikt å yte "*faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp*", dette er forankret i lovverket under helsepersonelloven, 1999, §4.

2.4 Kunnskap og kompetanse

Ordet kunnskap kan forklares som sykepleierens *kjennskap, erfaring og innsikt* (Kristoffersen, et. al, 2016, s. 140). Mens *ferdigheter* som sykepleieren har opparbeidet seg kommer til uttrykk gjennom *personlig erfaring*. *Personlig erfaring* er nært knyttet til kompetanse, der hun viser

dette ved å utøve dyktighet i sin form for utøvelse av sykepleie, der hun omsetter sine *ferdigheter, personlig erfaring* i arbeidet sitt. Sykepleierens kunnskap og kompetanse til smertelindring er helt avgjørende for et vellykket behandlingsforløp for den rusavhengige pasienten. (Biong & Ytrehus, 2020, s.186). Det forutsetter at sykepleier klarer å omsette kunnskapen hun besitter til handling (Nylenna, 2008). Tidligere studier viser til at kun ti prosent benyttet seg av smertekartlegging, mens seksti-syv prosent sjeldent eller aldri benytter seg av disse verktøy (Danielsen, et.al.,2020, s.383).

2.5 Holdninger og fordommer

Holdning kan beskrives som «En spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker». Sykepleier utviser sin holdning i arbeidet sitt, det kan være positivt eller negativt rettet mot personen det gjelder. Holdninger er varige og vanskelige og endre. Fordommer kan forklares med at man har dannet seg en mening, om noe eller noen, før en har innhentet nok informasjon eller kunnskap om personen eller emnet. (Håkonsen, 2014, s. 185-186. Man handler ut fra en mening eller følelse, mer enn kunnskap (Taule, 1992). Dette innebærer at sykepleier bør være klar over sin egen holdning og ikke forhåndsdomme i møte med pasienten sine, slik at en unngår forskjellsbehandling. Alle fortjener å bli behandlet likt, det er også forankret i lovverket i pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1.

2.6 Respekt

Respekt innebærer å ta hensyn til og ha aktelse for (Taule, 1992). Dette innebærer at man som sykepleier må respektere pasientenes meninger og holdninger, og utvise velvilje til å forstå pasienten, det samsvarer med grunnverdiene i sykepleien. Hun vil på den måten lettere oppnå tillit og etablere et forhold til pasienten. Dette er viktig i alle pleiesituasjoner at man viser respekt for pasientens iboende verdighet og ikke krenke, som også er forankret i de yrkesetiske retningslinjer til NSF for sykepleie (Kristoffersen, et. al., 2016, s. 23, 102).

2.7 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer legger føring for utøvelsen av sykepleie. Det er et etisk rammeverk og er utarbeidet på bakgrunn av de fire etiske prinsippene: “Autonomi, ikke skade, velgjørenhet og rettferdighet”. Retningslinjene gir sykepleieren et moralsk ansvar. Sykepleier skal handle kunnskapsbasert og behandle pasienten med “barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Molven, 2019, s.68-69). Videre

skal all utøvelse av sykepleie gjøres faglig forsvarlig, og omsorgsfullt. Det er forankret i helsepersonelloven, 1999, §4, og etisk forsvarlig. Med etisk forsvarlig mener NSF at, “sykepleier skal til å tilpasse seg den enkeltes pasients sin særegne situasjon” NSF, 1983, § 8.2 og §8.3 (Nordtvedt, 2019, s. 99).

2.8 Makt

Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker med fokus på omsorg. I hennes bok skriver hun blant annet om maktforholdet mellom sykepleier og pasienten. Sykepleier må være klar over hvilken makt hun besitter, og mener at “ansvaret makt” skal ytes til det beste for pasienten, og tilpasse seg pasienten med han i fokus (Martinsen, 2018, s. 150-151).

2.9 Travelbees Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee (1926-1973) er en amerikansk psykiatrisk sykepleier. Travelbee mener det enkelte individ skal stå i sentrum, ettersom man er et unikt individ med likheter og ulikheter som knytter oss sammen. For Travelbee er ordet *pasient* et stereotypt ord som ikke burde anvendes, hvor hun vektlegger at sykepleier-pasient forholdet heller skal være et menneske-til-menneske relasjon. Med det mener hun at rollene mellom pasient og sykepleier skal sidestilles. Der makten er likt fordelt mellom partene og man kan på den måten oppnå en relasjon (Travelbee, 2018, s. 5, 62).

Travelbee vektlegger den subjektive opplevelsen av helse som personen har, om hvordan en mestrer å være syk. Sykepleier sin oppgave er å hjelpe det enkelte individet med å finne mening i sin lidelse, sykdom og smerte for å bevare håpet og fremme mestring. For å gjøre dette mener Travelbee at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasientene med kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddel (Travelbee, 2018, s. 32-33, 135). På bakgrunn av vårt emne har vi dermed valgt å bruke Travelbees sykepleieteori da hun tar opp viktige aspekter som er relevant for sykepleie i smertelindring av den rusavhengige. Menneske-til-menneske forholdet etablerer man ifølge Travelbee i fire faser; Det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati fasen, sympati fasen som resulterer i gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2018, s. 186-211), som vi utdyper videre i diskusjonsdelen.

3.0 METODE

Vi vil i dette kapittelet beskrive valget av metode og søkeprosessen som resulterte i valget av fire ulike vitenskapelige artikler.

3.1 Valg av metode

Sosiologen Wilhelm Aubert formulerer begrepet “metode” som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2018, s. 51). Metode er et redskap som benyttes for å innhente ny kunnskap og for å kontrollere om informasjon er sann eller usann (Dalland, 2018, s. 51).

I møte med vitenskapen kan en henholdsvis skille mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder. Kvantitativ metode har flere deltakere med i undersøkelsen, den har mange spørsmål og kan gå både i bredden og dybden. Den tar sikte på å få frem gjennomsnittlig data og gi en forklaring på det man vil ha svar på. Fordelen er at den lar seg tallfeste og gir data som er målbare. Kvalitativ metode på sin side går mer i dybden og formidler forståelse, og får frem helheten omkring et fenomen. Det er færre deltakere i undersøkelsen, og datainnsamlingen skjer ved direkte kontakt med informantene hvor målet er å fange opp deres inntrykk og erfaringer. Hvilke metode en velger, avhenger av hvilken data en søker og om det er kvantitativ eller kvalitativ data som best kan besvare ens spørsmål eller problemstilling (Dalland, 2018, s. 52-53). For å best besvare vår problemstilling har vi valgt å ta med to kvantitative og to kvalitative artikler i vår oppgave. Hensikten vår blir da belyst fra ulike vinkler, og vi får fram både bredde og dybde informasjon fra studiene som bidrar til å gi oss mer svar på vår hensikt.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Denne oppgave er en integrativ litteraturoversikt med utgangspunkt i Febe Fribergs metode. Med integrativ litteraturoversikt betyr det at man gjør søk i databaser, og får oversikt over forskningsartikler som har blitt publisert av relevans for et gitt problemområde man vil undersøke nærmere. Febe Fribergs metode går ut på å undersøke og finne likheter og ulikheter i data, som søker og formidler hvordan resultatene henger sammen. Man må også forsikre seg om at det datamaterialet man finner også blir tolket riktig. En får på den måten en dypere forståelse for hvordan resultatene henger sammen. Friberg peker på viktigheten med å lære å søke i ulike databaser, for deretter å granske vitenskapelige artikler nøye. Hun viser til

elementene “del” og “helhet”. “Helheten” er artikkelen og “de” biter av den. Hun mener man skal ta en “del” og sette den sammen med en ny “del” altså datamaterialet man finner i de ulike artiklene, og til sammen blir dette et nytt element. Metoden baserer seg på både kvalitative og kvantitative studier. Vi har sammenlignet artiklene og resultatet blir lagt fram som funn i kapittel 4. Vi har kombinert funnene fra artiklene sammen med faglitteratur og det har da skapt et nytt resultat i form av en ny helhet i kapittel 5.2 (Friberg, 2017, s. 141-142, 150).

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av søkeord

Vi benyttet oss av ulike søkeord som kan gi svar på vår problemstilling. Ettersom vi var interessert i sykepleiers kunnskaper og holdninger på norske sykehus til rusmisbrukere med smerte, ble søkeord som “Nurse”, “hospital”, “attitude”, “knowledge”, “Drug addiction” og “pain relief” benyttet. Vi forsøkte ulike ordkombinasjoner både på norsk og engelsk og knyttet ordene sammen med AND. Vi benyttet oss av AND for å spisse inn søket til artikler som retter seg mot vår problemstilling. Målet var da å finne færre artikler som spisset seg inn under vårt tema. Under søkeprosessen fant vi ut at ordet “Pain relief” ikke var dekkende nok og valgte å benytte dette sammen med “Pain management” OR “pain reduction”. Samme med ordet “Drug addiction” valgte vi å benytte OR sammen med ord som “Drug abuse”. Vi fikk på denne måten flere treff og unngikk å ekskludere litteratur som kunne være av relevans. Se vedlegg 1 som viser litteratursøket vi gjennomførte.

3.3.2 Valg av database

I søket etter forskningsartikler benyttet vi oss av ulike databaser for å finne litteratur som ville belyse oppgavens hensikt. Vi tok utgangspunkt i databasene Cinahl, Idunn og Swemed. Vi benyttet oss av Swemed, siden den databasen har med artikler fra Danmark og Sverige, siden de har tilsvarende helsesystem som Norge.

3.3.3 inklusjon eksklusjonskriterier/Avgrensninger

Ettersom det finnes utallig med informasjon på internett, så vi oss nødt til å utarbeide noen kriterier for å komme frem til relevant og oppdatert forskning. Kriteriene våre var at forskningsartiklene skulle derfor være fagfellevurdert, ikke eldre enn 10 år og ha IMRaD struktur (Dalland, 2018, s. 162). Vi fant 3 tre artikler fra Norge som belyser vår problemstilling. Vi gjorde et ekstra søk i Oria og fant en Kvantitativ artikkel fra USA. Helsesystemet i USA er

ulikt vårt, men ettersom de har hatt store utfordringer rundt Opioid krisen, ønsket vi å inkludere en artikkel derfra. For å se på hvilke kunnskaper de har dannet seg. Videre har vi avgrenset til sykehus, for å undersøke om sykepleiernes kunnskaper og holdninger påvirker smertebehandlingen de får der. Videre var kriteriet at artiklene var sett fra et sykepleiersperspektiv ettersom det er sykepleiernes kunnskaper og holdninger til smertelindring til rusavhengige som er vår hensikt.

3.3.4 Valg av artikler

Noen av søkene ga lite treff, mens andre av søkene ga mange treff avhengig av databasen vi benyttet. Gjennom hele søket leste vi først overskriftene og deretter abstrakt. Dersom noen av forskningsartiklene var av interesse lagret vi disse underveis til senere lesing. Etter å ha gjennomført søkene i Swemed+, Cinahl og Idunn satt vi igjen med totalt 8 artikler som vi hadde valgt oss ut. Vi leste gjennom disse og diskuterte sammen om disse kunne være med å belyse vår hensikt. Vi endte opp med å forkaste 5 og satt til slutt satt igjen med 3 forskningsartikler.

I Swemed+ fant vi to artikler som vi valgte å inkludere, mens i Idunn fant vi ingen med inklusjonskriteriene vi hadde utarbeidet. I Idunn fikk vi opp svært få treff på ordene vi benyttet. Vi valgte derfor å ta ned års begrensningen for å se om det fantes litteratur som var noe eldre, men fremdeles var av relevans, men fant ingen aktuelle. På grunn av at vi kun fant tre forskningsartikler etter søkene i de tre ulike databasene, valgte vi å supplere med databasen Oria. Utfordringen med denne databasen kontra de andre var at vi fikk opp utallig med litteratur. Kriteriet vi satte oss var at vi kun så gjennom de 10 første, og var det ikke noen aktuelle gjorde vi nye søk. På det tredje søket var vi likevel så heldig at det dukket det opp en artikkel blant de 10 første, som var av interesse. Dermed satt vi igjen med 4 forskningsartikler, to kvalitative og to kvantitative artikler.

3.4 Analyse

Det tyder på at Friberg har en hermeneutisk tilnærming i sin metode, hun omtaler dette som en prosess hvor man pendler mellom “del” og “helhet”, og sammen blir dette en ny “helhet” igjen. Vi har med oss vår forforståelse inn i arbeidet av granskningen av artiklene våre. Under arbeidet ble vår forforståelse stadig utvidet og den hermeneutiske spiral var stadig i endring og nye deler og helheter oppsto. Det første vi gjorde var å lese nøye gjennom artiklene. Dette gjorde vi utallige ganger, og noterte ned hovedtrekkene underveis. Vi så etter likheter og ulikheter som

vi kunne bruke som var av relevans for vår hensikt. Videre så vi etter styrker og svakheter i artiklene og kritisk gransket disse. Dette blir presentert i kap 5.1. Deretter løste vi opp de ulike” delene” fra forskningsartiklene, og satt de inn i en oversiktstabell, og skapte da en ny «helhet» i tabell 4.1 med oversikt over hoved og underkategorier. Tabellen gir en god oversikt over de funnene som blir presentert i oppgaven (Friberg, 2017, s. 148-151).

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

Etter å ha analysert likheter og ulikheter ved våre fire forskningsartikler, har vi fått en dypere forståelse rundt vårt materiale. Vi har på den måten kommet frem til to hovedkategorier og fire underkategorier.

4.1 Oversikt over hoved og underkategorier:

Hovedkategori	Underkategorier
Holdning påvirker sykepleierens handling	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatiserende holdninger påvirker smertebehandlingen • Mistillit
Kunnskapsmangler påvirker smertebehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kunnskap hos sykepleierne • Smerteteam

4.2 Holdning påvirker sykepleierens handling

4.2.1 Stigmatiserende holdninger påvirker smertebehandlingen

Det vises til at sykepleierne har stigmatiserende holdninger som at pasientene er "*rus-søkende*" når de ber om smertelindring (Horner et. al., 2019, s. 5; Krokmyrdal & Andesnæs, 2015 s. 793; Li, Andenæs, Undall & Nåden, 2012, s. 254). Samtidig som at sykepleierne syntes at rusavhengige er en krevende pasientgruppe (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 790). Flere av sykepleierne i USA er redde for å bidra til avhengighet og holder smertestillende medikamenter tilbake. Videre viser studien til Krokmyrdal & Andesnæs, (2015, s. 791), Li et. al., (2012, s. 258) og Horner et. al. (2019, s. 5) at sykepleierne var redde for å bli "lurt" og "manipulert" av rusavhengige.

Sykepleierne som arbeider i smerteteam på sin side er ikke redde for å bli lurt, de føler seg trygge på sin kompetanse og viser til viktigheten med å sette trygge grenser (Govertsen, Aanensen & Moi, 2019, s. 7). Stigmatiserende holdninger kan hindre pasienten å få adekvat smertebehandling (Horner et. al., 2019, s. 2). Dette kan bidra til at flere pasienter skriver seg ut på eget ansvar før og under behandling, noe som det vises til i artiklene i Govertsen et. al., (2019, s. 10); Li et. al., (2012, s. 253). Videre viser Horner et. al., (2019, s. 6); Krokmyrdal &

Andesnæs, (2015, s. 791), at sykepleiere er redde for å gi smertelindring i form av opioider, ettersom de anser disse som vanedannende.

Opioid krisen i USA er et stort problem. Horner et al., (2019, s. 1), viser til at rundt 11 millioner mennesker fra 12 års alder og eldre, har misbrukt smertestillende medikamenter det siste året, og at dette medfører en økning i sykehusinnleggelser. Mennesker som har et rusmiddelproblem opplever å bli stigmatisert av helsevesenet, hvor kulturen er at avhengighet blir sett på som et valg og ikke en sykdom (Horner et al., 2019, s. 1; Govertsen et.al., 2019 s. 3).

Sykepleiere som har deltatt på kurs om rusavhengighet fant dette veldig lærerikt og det hjalp dem med å se på rusavhengighet som en sykdom i motsetning til selvforskyldt. Videre forteller sykepleierne at de har endret holdning til rusavhengighet etter å ha deltatt på kurs. Ruslidelse er en medisinsk diagnose og det er et økende bevis på at tidlig avhengighets håndtering mens de er innlagt på sykehus er avgjørende for utfallet (Horner, et. al., 2019, s. 9). Den direkte konsekvensen av stigmatisering er “forsinkelse av medisinsk pleie, tilbakeholding av medisiner, hastet visitt, bagatellisering av smerter, og manglende avslutning av medikamentell behandling”. Når en pasient oppleves som problematisk vil pasienten kunne merke den holdningen sykepleier utstråler og gjerne besvare denne holdning med å være vanskelig tilbake (Horner, et. al., 2019, s. 5). Sykepleierne som jobber i smerteteam prøver å se menneske bak lidelsen. De fortalte om viktigheten med å nullstille seg før møte med pasienten og behandle dem med respekt og verdighet (Govertsen et. al., 2019, s. 13).

4.2.2 Mistillit

Det framkommer at det er mistillit mellom pasient og sykepleier, ettersom sykepleier betviler pasientens smerter. Oppfatningen til informantene er at rusavhengige overdriver sitt smertenivå i et forsøk på å få mere smertestillende (Li, et al. 2012, s. 253; Krokmyrdal & Andesnæs, 2015, s. 791). Horner, et. al., (2019, s. 5) viser til rusavhengige har dårlig erfaring og gjerne har en forventning om å bli mistrodd som går utover tillitsforholdet. Govertsen et. al., (2019, s. 12) viser til at *tid til* å danne relasjon og tillit er noe som sykepleierne beskriver som problematisk ettersom det ofte er travelt på sykehuset. Videre avdekkes det at sykepleierne holder tilbake nødvendig smertestillende som den rusavhengige trenger for å være tilstrekkelig smertelindret.

4.3 Kunnskapsmangel påvirker smertebehandlingen

4.3.1 Manglende kunnskap hos sykepleierne

Krokmyrdal & Andesnæs (2015, s. 789) viser til at åttiåtte prosent av sykepleierne ikke har tilstrekkelig kunnskap om smertebehandling til pasienter med opioidavhengighet. Sekstifem prosent svarer at de kun har elementære ferdigheter i å evaluere smerte, mens halvparten sier at de ikke har tilstrekkelig erfaring i å kartlegge smerte. Videre oppgir informantene at den største andelen av kunnskap de har opparbeidet seg kommer fra erfaring og kompetanse fra arbeidsplassen. Dette innebærer at dårlig arbeidskultur på avdelingen kan påvirke smertebehandling til rusavhengige negativt. Li et. al., (2012, s. 253); Govertsen et. al., (2019, s. 1); Horner et.al., (2019, s. 6), og Krokmyrdal & Andesnæs, (2015, s. 793) viser også til at sykepleierne har lite kjennskap til bruk av rus og smertekartleggingsverktøy.

Konsekvensene av dette kan være at pasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret (Krokmyrdal & Andesnæs, 2015, s. 789). Dette samsvarer med studien til Govertsen et. al., (2019, s. 9) hvor Informantene sier at "...smertebehandlingen tidvis var dårlig og kunnskapen mangelfull hos enkelte sykepleiere og leger på sengepost." (Govertsen et. al., 2019, s. 9). Manglende kunnskap hos sykepleierne gjenspeiles videre i Li et.al., (2012, s. 252) som mener at en må øke kunnskap om denne pasientgruppen og det er behov for tiltak som kan endre holdning samt tilrettelegge for undervisning på arbeidsplassen. Govertsen et. al., (2019, s. 19); Horner et. al., (2019, s. 2) mener at det er behov for videre forskning om rusavhengige blir tilstrekkelig smertelindret. Sykepleierne på sin side kjenner på kunnskapsmangel, og etterspør rutiner og retningslinjer ettersom de føler at de mangler kunnskap om smertelindring til rusavhengige.

4.3.2 Smerteteam

Det vises til at smerteteam er en viktig ressurs i smertelindring av rusavhengige. Smerteteamet bistår helsepersonell iblant annet undervisning i smerte, viktigheten med å danne en relasjon til pasienten og lage avtaler sammen med pasient. Samt en god behandlingsplan både på sykehuset og når pasienten kommer hjem. På denne måten vil pasienten oppleve trygghet og føle seg ivaretatt. Smerteteamet har mulighet til å sette av tid til direkte pasientkontakt, og har god kunnskap om rus analyse og smertekartlegging. Smerteteamet er satt sammen av spesialsykepleiere og anestesilege og kan bistå helsepersonell som mangler kompetanse med støtte i form av undervisning. De underviser leger og sykepleiere i hvordan de kan kombinere

forskjellige legemidler for å gi optimal smertebehandling. Ettersom rusavhengige har høyere toleranse evne, er det vanskeligere å få de smertelindret nok. Smerteteamet arrangerer fagdager og fungerer med støtte til sengepostene. Artikkelen viser til at det kun er et fåtall som har dette tilbudet på sykehus, og er en undervurdert ressurs. Videre kommer det fram at smerteteamet flere ganger blir avvist av leger, når de tilbyr sine tjenester (Govertsen et. al., 2019, s. 2-19).

5.0 DISKUSJON

Dette kapittelet omhandler både metodediskusjon, hvor vi kritisk gransker våre kvalitative og kvantitative artikler. Det etterfølges med en resultatdiskusjon som består av hvordan sykepleier kan endre sin holdning og øke sin kunnskap i smertelindring til rusavhengige. Samt hvordan man kan etablere tillit. Den nye helheten som Friberg omtaler er basert på teori og funn fra de vitenskapelige artiklene (Friberg, 2017).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

For å finne svar på vår problemstilling, har vi gjort søk i tre ulike forskningsdatabaser. Artiklene våre er fra tidsrommet 2012-2019 og møtte inklusjonskriteriet vårt som innebar at artiklene skulle være fra 2012-2022. Svakheten ved å ekskludere eldre artikler, er at vi kan ha stått i fare for å forkaste relevante artikler som kan ha vært av betydning. Vi fant fire gode artikler som belyser utfordringer sykepleierne har relatert til smertelindring av rusavhengige på sykehus. Videre var kriteriet vårt at artiklene skulle være fra Norden ettersom helsesystemet er relativt likt i de nordiske landene, og kan sammenlignes med kunnskaper, holdninger og verdier som sykepleiere i Norge også representerer. Vi fant tre artikler fra Norge og valgte å ta med en artikkel fra USA. Helsesystemet i USA er bygd opp annerledes enn i Norge, men ettersom de har en pågående opioid krise var det interessant å finne ut mer hvilke erfaringer de har opparbeidet seg som kan være av relevans for vår hensikt. Tre av artiklene var på engelsk, vi oversatte disse til norsk på søkesiden siden. Den ene fikk vi ikke oversatt, og måtte oversette selv. På grunnlag av vår oversettelse og fortolkning kan vi stå i fare for å ha oversatt noe feil. Vi har gransket artiklene nøye, begge snakker flytende engelsk etter å ha bodd i USA, og føler vi oss ganske trygge på oversettelsen er riktig. Vi har brukt oppslagsverk om noe har vært uklart. Artiklene vi fant var gode og føler at vi har nok materiale fra våre fire artikler, samt teori til å belyse vår hensikt.

5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

For å finne ut mer om sykepleiernes holdninger og kunnskaper i smertehåndtering til rusavhengige ønsket vi å benytte oss av både kvalitativt og kvantitative metoder. Hensikten var å få både bredde og dybde innsikt i vårt materiale. To av artiklene var utført med kvalitativ metode og to artikler med kvantitativ metode. Den ene kvalitative studien ble gjort med dybdeintervju med seks spesial sykepleiere som arbeidet i smerteteam som assisterte rusavhengige, leger og sykepleiere i smertehåndtering og undervisning. Den andre kvalitative

studien var det dybdeintervju med 22 sykepleiere. Styrken til de to kvalitative studiene var at det var personlig, informantene fikk ytret sine meninger, og utdypet svarene sine i intervjuene som varte i 15-60 minutter. Ettersom undersøkelsen ble utført som intervju, mener Dalland at det er det en risiko for at partene kan misforstå hverandre (Dalland, 2018, s. 60).

Den ene kvantitative studien var det 98 sykepleiere som besvarte spørreskjemaet, hvor svarprosenten var femti-fire prosent. At 46 prosent ikke ønsket å delta i undersøkelsen, kan tyde på en manglende interesse i dette emnet, noe som tyder i mer negativ retning relatert til den rusavhengige, så vi tolker at undersøkelsen kanskje ikke er helt representativ. Den andre kvantitative undersøkelsen var det 312 leger og sykepleiere som deltok i av 435 inviterte. Her var det også 123 stykker som valgte å avstå. Begge kvantitative metodene ble det brukt spørreskjema som ble sendt i post til informantene. Studien til Li et. al. 2012, hadde laget eget spørreskjema, og kan på bakgrunn av det betvile noe av troverdigheten. Svakheten med spørreskjemaene er at en får ikke anledning til et personlig svar og heller ikke anledning til å utdype meningene sine. At det var 38 leger som deltok i undersøkelsen kan både være positivt og negativt, ettersom vi gjerne ønsker å vite litt mer hva leger tenker om smertebehandling til rusavhengige. Minuset her i denne oppgaven er at det er hovedsakelig sykepleiernes kunnskaper og holdninger til smertebehandlingen til rusavhengige vi er ute etter.

5.1.3 Vitenskapelige artikler

Artiklene våre er alle fagfelleverdert, som var et av våre kriterier i denne oppgaven. Det innebærer at de er blitt vurdert av en komite som kvalitetssikrer artiklene før utgivelse, og har en vitenskapelig standard og får dermed kvalitetsstempelen *fagfelleverdert* (Dalland, 2018, s 153-154). Artiklene på sin side har blitt publisert i kjente vitenskapelige tidsskrifter, blant annet i *Sykepleie forskning*, *Nurse education today*, *Sykepleien* og *PLoS ONE*. For å kvalitetssikre artiklene, undersøkte vi forskernes bakgrunn. Forskerne i de tre norske artiklene var intensivsykepleiere, anesthesisykepleiere, universitetslektor, høskolelektor ved sykepleie fakultetet, førsteamanuensis ved sykepleie fakultet, operasjonssykepleiere, og professorer. Vi anser at forskerne har god bakgrunnskunnskap i smertebehandling til rusavhengige, som bidrar til økt kunnskap om fenomenet vi belyser og anser disse som troverdig kilde. Det var litt vanskeligere å finne ut bakgrunnen til de amerikanske forskerne ettersom det ikke sto på artikkelen direkte hva slags utdannelse de hadde. Tre arbeidet ved medisinske senter, og tre arbeidet på medisinshøyskolen. Dette kan betvile kompetansen til de amerikanske forskerne, men ettersom artikkelen er fagfelleverdert anser vi den likevel som en pålitelig kilde.

5.1.4 Analysearbeidet

Analysefasen var tidkrevende, vi leste igjennom artiklene utallige ganger. Våre nøkkelfunn ble lagt inn i vår analysemodell. Den består av hoved- og underkategorier. Ettersom vi har lite erfaring i dette, syns vi det var vanskelig å kategorisere disse inn i den nye tabellen, og brukte lang tid på dette. Etter hvert som vi begynte å skrive om temaet så vi at vi trengte å lete etter flere likheter som bekrefter det samme. Om vi skulle ha gjort dette på nytt hadde vi brukt mere tid på å finne likheter og før vi startet skrivingen. Dalland peker på viktigheten av å ikke være farget av sin egen forforståelse (Dalland, 2018, s. 58). Dette har vi tatt alvorlig og derfor lett etter deler i artiklene som ikke deler vårt syn. På den måten håper vi at leseren får tillit til oss i formidling av våre funn (Dalland, 2018, s. 58).

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse om sykepleiernes kunnskaper og holdninger til rusavhengige vil påvirke smertebehandlingen de får på somatisk sykehus.

Vi vil i dette kapittelet diskutere funnene fra artiklene våre, sammen med teori og egne refleksjoner rundt sykepleiernes kunnskaper og holdninger, og hvordan det påvirker smertebehandlingen den rusavhengige pasienten får på sykehuset. Vi mener at sykepleiers holdninger, kunnskapsnivå og tillit er elementer som henger sammen for å gi helhetlig pleie.

5.2.1 Hvordan skaper vi gode holdninger blant sykepleiere?

Holdninger beskrives som «En spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker». Holdninger er varige og vanskelige og endre (Håkonsen, 2014, s. 185-186). Dette innebærer at sykepleier bør være klar over sin egen holdning og ikke forhåndsdømme i møte med pasienten sine for å unngå forskjellsbehandling.

Erfaringen vår i fra praksis var at sykepleierne hadde negative holdninger og holdt tilbake smertestillende medikamenter til rusavhengige. Dette understøttes fra studiene der sykepleierne ikke stolte på rusavhengiges smerter, og opplevde de som russøkende, når de ba om smertestillende (Li, et al. 2012, s. 253; Krokmyrdal & Andesnæs, 2015, s. 791; Horner, et. al., 2019, s. 5). Stigmatiserende holdninger og handlinger fra helsepersonell mot den rusavhengige kan hindre pasienten å få adekvat smertebehandling (Horner et. al., 2019, s. 2). Dette kan bidra til at flere pasienter skriver seg ut på eget ansvar før og under behandling, noe

artiklene viser at de gjør (Govertsen et. al., 2019, s. 10; Li et. al. 2012, s. 253). Travelbee mener at ingen sykepleier ville la være å hjelpe et menneske som har fysisk smerte, og kan heller ikke frita seg ansvaret for å hjelpe et menneske som lider (Travelbee, 2018, s. 222).

Rusavhengiges rettigheter under likestilling- og diskrimineringsloven (2017), er et felt med mange gråsoner som er med på å påvirke holdninger i samfunnet deriblant i helseomsorgstjenesten (Biong & Ytrehus, 2020, s.15, 25). Holdninger bygger på lover og normer innlært av samfunnet. Vi undrer oss dermed over hvordan man kan skape en endring i holdningen til mennesker med rusavhengighet, ettersom rusavhengige kun *delvis* er dekket under likestillings- og diskrimineringsloven (2017). Det vil si at de må ha en tilleggsdiagnose i form av fysisk, psykisk eller kognitiv funksjonsnedsettelse som går under å samle kategorien *funksjonsnedsettelse*. Dette innebærer at, om en har en avhengighet til rusmidler, og ikke har en tilleggsdiagnose er en ikke dekket under denne loven. Vi har sett på flere foredrag om dette (Temamøter om diskriminering- Litteraturhuset i Trondheim (2020) og Temamøter om diskriminering- Litteraturhuset i Oslo (2020) og vet at det kjempes for en endring, men Norges offentlige utredning vedholder loven under [NOU] 2009:14 s. 96-97).

I 1950 kom sykdomsmodellen som forklarer at noen er disponert til å bli avhengige av alkohol på bakgrunn av arvelige gener. Teorien hadde mye motstand, ettersom mange mente at den ville frita den rusavhengige skyld og ansvar (Biong & Ytrehus, 2020, s. 48-49). Om man velger å se på rusavhengighet som en sykdom eller selvforskyldt, kan påvirke sykepleieren holdninger og handling ubevisst i møte med den rusavhengige. Ettersom rusavhengighet er definert som en sykdom, vil en ha *like* pasientrettigheter som andre pasientgrupper (Biong & Ytrehus, 2020, s.66). Som sykepleier har en ikke lov til å forskjellsbehandle pasientene sine. Alle har krav å bli behandlet likt, det er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1. Ettersom dette er lovfestet stilles det krav til sykepleier om å gi lik behandling. Travelbee mener det er sykepleierens plikt å sørge for at pasientene får den hjelpen de trenger (Travelbee, 2018, s. 222). Det er også sykepleierens plikt i å finne sin pasient troverdig i hans formidling av smerte. Ettersom smerte er en subjektiv opplevelse for pasienten, er det en rettighet for pasienten og hans autonomi (Kristoffersen, et. al., 2017, s. 178).

Spesialsykepleiere som jobber i smerteteam hadde i likhet med Travelbee at de så det unike mennesket. De fortalte om viktigheten med å nullstille seg før møte med pasienten, og behandle dem med respekt og verdighet (Govertsen et. al., 2019, s. 7). Sykepleiere som har deltatt på

kurs med tidligere rusmisbrukere, fant dette veldig lærerikt og det hjalp dem med å se på rusavhengighet som en sykdom i motsetning til at det er selvforskyldt. Videre forteller sykepleierne at de har endret holdning til rusavhengighet etter å ha deltatt på kurs (Horner, et. al., 2019, s. 10). Vi mener at dårlige holdninger som oftest kommer på bakgrunn av mangel på kunnskap.

5.2.2 Hvordan heve sykepleierens kunnskapsnivå?

Vi mener at for å smertelindre en rusavhengig pasient kreves det både kompetanse og vilje, med det mener vi at sykepleierens rolle er å ønske å hjelpe og lindre pasientens lidelse. Travelbee mener det er sykepleier sin oppgave "... hjelpe menneske" med å finne mening i sin lidelse, sykdom og smerte for å bevare håpet og fremme mestring." (Travelbee, 2018, s. 135).

Kunnskap kan forklares som sykepleierens *kjennskap, erfaring og innsikt* (Kristoffersen, et. al., 2016, s. 140). Mens *ferdigheter* som sykepleieren har opparbeidet seg kommer til uttrykk gjennom *personlig erfaring*. *Personlig erfaring* er nært knyttet til kompetanse, der hun viser dette gjennom handling, og omsetter sine *ferdigheter, personlig erfaring* og i arbeidet sitt (Kristoffersen, et. al., 2016, s. 140).

Artiklene våre viser at sykepleierne har kunnskapsmangler i å ta vare på rusavhengige og smertebehandling til denne gruppen. Det vises til lite kjennskap til rus og kartleggingsverktøy, som kan føre til dårlig smertebehandling (Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 793; Li et. al., 2012, s. 252; Govertsen et. al., 2019, s.11; Horner et.al., 2019, s. 6). Det er viktig å bemerke seg at det også kommer tydelig frem i disse to artikler at sykepleiere selv innser dette og ønsker retningslinjer og mer kunnskap (Horner et. al., 2019, s. 10; Govertsen et. al., 2019, s. 10).

Et faktum er at rusavhengige også trenger *høyere* doser legemidler for å bli tilstrekkelig smertelindret (Ørn & Gansmo, 2019, s.580; Biong & Ytrehus, 2020, s.186; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 789). I tillegg har opioidavhengige pasienter et høyere toleransenivå og hyperalgesi som følge av opioidmisbruket. Disse pasientgruppene har dermed ofte behov for en betydelig høyere dose legemidler enn andre pasienter (Ørn & Gansmo, 2019, s.580; Biong & Ytrehus, 2020, s.186; Krokmyrdal & Andenæs, 2015, s. 790).

Om en ikke har nok kunnskap om smertebehandling, strider dette også mot det etiske prinsippet *ikke skade*, fordi man lar pasienten lide på bakgrunn av mangel på kunnskap (Nordtvedt, 2019, s. 99). Dette kan det tyde på at sykepleier ikke gir forsvarlig helsehjelp. Som sykepleier strider dette mot lovverket som krever at sykepleier opptrer faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven, 1999, §4. Dette innebærer at sykepleier har et ansvar om å holde seg faglig oppdatert og søke kunnskap. Ved å lære seg å bruke kartleggingsverktøy, vil sykepleier få en bedre oversikt over smertene til pasienten, og pasienten vil føle at smertene hans blir tatt på alvor (Biong & Ytrehus, 2020, s.187). Som sykepleier skal man opptre med *barmhjertighet, respekt for pasientens verdighet og ikke krenke* (Kristoffersen et. al., 2017, s.17).

Smerteteamet opplever at sykepleierne de møter, synes det er vanskelig å smertebehandle rusavhengige. Rusavhengige på sin side sliter gjerne med “søvnunderskudd, tankekaos, angst, depresjon og et utfordrende “rus-sug”, noe som kan bidra til at de kan være uforutsigbare. De føler seg takknemlige for å jobbe i smerteteamet fordi de har mulighet til å sette av tid til samtaler, bli kjent med pasienten, og få kartlegge pasientens smerte, og hva slags rusmidler han bruker. Artikkelen viser til at det er viktig å snakke om “rus-sug”, og “tankekjør”, og se pasientens perspektiv. De føler de har blitt mye flinkere å kommunisere, og mener at det er nøkkelen til at de kommer i mål med smertebehandling (Govertsen et. al., 2019, s. 8). Vi tenker at smerteteamet er en uvurderlig ressurs som kan bidra til økt kompetanse til sykepleierne, noe som vil kunne heve kunnskapsnivået til sykepleierne, og kanskje bidra til en holdningsendring.

Den rusavhengige på sin side vil forhåpentligvis få den hjelpen han har krav på. Det eneste minuset her er at det er ikke alle sykehus som har dette tilbudet. Artikkelen viser også til at de flere ganger blir avvist av leger (Govertsen et. al., 2019, s.11). Vi undrer oss over dette. En bør søke støtte og jobbe tverrfaglig, det er pasientens helse og velvære som er i fokus. For å øke kunnskap om denne pasientgruppen er det behov for tiltak som kan endre holdning samt tilrettelegge for undervisning på arbeidsplassen (Li et.al., 2012, s.253). Biong & Ytrehus mener at sykepleierens kunnskap og holdninger er helt essensielt for et vellykket behandlingsforløp (Biong & Ytrehus, 2020, s.186). Det forutsetter at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap og klarer å omsette denne til handling (Nylenna, 2008); (Li et. al., 2012, s. 254).

Ifølge Kari Martinsen vil mangel på kunnskap bidrar til mistillit mellom sykepleier og pasient. Hun mener det pasienten søker er “kunnskapsevidens”; den viten om at du som sykepleier har de kunnskaper og erfaringer som skal til for å kunne forstå pasientens smerte kompleksitet

relatert til rusmisbruket. Samtidig som at hun vil forstå *viktigheten* av å behandle den. Forfaller sykepleier her, faller tilliten. Dette ofte på bakgrunn av dårlige holdninger og for lite kunnskaper (Ben Nielsen, 2019).

5.2.3 Hvordan skaper vi tillit mellom sykepleier og pasient?

For å skape et tillitsforhold må sykepleier faktisk tro på pasientens formidling av smerte (Li et. al., 2012, s. 259). Travelbee mener sykepleierens sin oppgave er å hjelpe pasienten med å finne “mening i sin lidelse, sykdom og smerte for å bevare håpet og fremme mestring”. For å gjøre dette mener Travelbee at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasientene med kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddel (Travelbee, 2018, s. 32-33, 135).

For Travelbee er ordet *pasient* et stereotypet ord som ikke burde anvendes. Hun vektlegger at sykepleier-pasient forholdet heller skal være et menneske-til-menneske forhold. (Travelbee, 2018, s. 62). Kari Martinsen mener at sykepleier må være klar at hun besitter makt, i rollen som sykepleier. Som sykepleier, står hun i en maktposisjon hvor det er henne sammen med lege som bestemmer hvorvidt pasienten får mer smertestillende eller ikke (Ben Nielsen, 2019). Ifølge Kari Martinsen vil negative holdninger, og manglende kunnskap, dermed være avgjørende for hvorvidt den rusavhengige får den smertelindringen de har krav på. Dette kan tyde på en svak paternalisme, ettersom sykepleierne har et maktforhold ovenfor pasienten, dette kommer man ikke utenom, og er en etisk fordring, mener Martinsen. (Ben Nielsen, 2019).

Det finnes derimot likhetstrekk mellom Travelbee og Martinsens sykepleieteori. Sentralt for Martinsens teori er relasjonsbygging, tillit, åpenhet, oppriktighet, å gjenkjenne oss selv i andre og vite at det er noe som binder oss sammen i form av livsfenomener. (Ben Nielsen, 2019). Travelbee er opptatt av relasjonsbygging i et menneske-til-menneske perspektiv. Travelbee mener at for å skape tillit er det helt essensielt at det bygges en relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette gjøres ifølge Travelbee gjennom de fire faser; det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati fasen, sympati fasen og som ender i gjensidig forståelse og kontakt. Både Martinsen og Travelbee beskriver viktigheten av det innledende møte med pasienten, ettersom det er spesielt viktig for videre relasjonsbygging. (Ben Nielsen, 2019; Travelbee, 2018, s. 211).

Ifølge Travelbee vil sykepleier ved det innledende møte med pasienten, gjennom observasjon og hennes antagelser gjøre seg opp en mening om personen gjennom et førsteinntrykk. Det

samme skjer motsatt vei, hvor personen baserer sitt inntrykk gjennom en fornemmelse han har fått av sykepleieren. Dette skjer gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Hvor begge parter forstår hverandre vil utløse visse følelser. Kategorisering (å se hverandre i sin tradisjonelle rolle), stereotyping og fordommer er vanlig i denne fasen ettersom de ikke ser hverandre som unike individer, men som pasient og sykepleier. Sykepleiernes holdninger her vil være avgjørende for videre relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Stigmatiserende holdninger fra sykepleier vil dermed true hele relasjonsbygging prosessen, før den i det hele tatt har startet (Travelbee, 2018, s. 186-187).

Når man har kommet igjennom disse stadier får vi en gjensidig forståelse og kontakt som etablering av et menneske-til-menneske forhold. Sykepleier vil på bakgrunn av sine nye kunnskaper om personen kunne bistå pasientens behov fremover, med et ønske og vilje til å hjelpe. På den måten får den syke tillit til, og stoler på sykepleieren (Travelbee, 2018, s. 211).

Govertsen et. al. 2015 viser til viktigheten med at sykepleierne setter av tid til å bli kjent, som et viktig element i relasjonsbyggingen mellom partene. Vi mener at tid er en mangelvare på sykehusene i Norge, og kan bli utfordrende. Men om man er oppriktig til stede og vil den andre vel, kan man oppnå en god relasjon på få minutter. En god relasjon kan bidra til at rusavhengige tør å være åpen om sin avhengighet og forbruk. Videre mener Travelbee at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten med kommunikasjon som det viktigste hjelpemiddel. Dette innebærer at sykepleier tar av seg rollen som sykepleier og opptrer som et medmenneske. Dette vil bidra til å bygge tillit mellom partene (Travelbee, 2018, s. 135).

Vi mener dermed at for at sykepleier skal kunne smertelindre den rusavhengige må man øke kunnskapsnivået, skape gode holdninger for at tillit mellom pasient og sykepleier kan oppstå, og dermed et menneske-til-menneskeforhold. Dette kan bidra til at den rusavhengige pasient får en følelse av å bli respektert, ivaretatt, og får den smertebehandlingen han har krav på.

6.0 ANVENDELSE I SYKEPLEIEPRAKSIS

I denne delen vil dele våre tanker og refleksjoner rundt forbedringstiltak som kan bidra til holdningsendring og kunnskapsøkning slik at den rusavhengige føler tillit til sykepleierne og får den smertebehandlingen de har krav på. Som sykepleier har vi et moralsk ansvar, og et faglig ansvar. Med moralsk ansvar mener vi verdien som sykepleieren besitter som at man vil den andre vel, at man oppriktig er tilstede for pasienten og tar han på alvor, dette vises gjennom handlingen sykepleier utfører, som nestekjærlighet og omsorg. Moralen gir oss beskjed om å handle rett. Man kan da ikke forskjellsbehandle pasientene sine, og moralen sier at alle skal få lik pleie uavhengig av hvem man er. Det faglige ansvaret mener vi ligger i å holde seg faglig oppdatert, søke kunnskap om man har kunnskapshull, og tilegne seg ny kunnskap. Disse elementene er også lovpålagt som nevnt tidligere. Etter å ha arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi funnet tre områder for forbedring som kan bidra til at den rusavhengige pasient får den smertebehandlingen han har krav.

- Tilgang til smerteteam på alle sykehus

Smerteteam er en viktig ressurs som kan bidra til å øke sykepleiernes kunnskap og endre holdning, samt fremme tillit mellom sykepleier og pasient. Det er dessverre ikke alle sykehus som har dette tilbudet, og vi ser et behov for dette tilbudet på alle sykehus. Økt kunnskap om smerteproblematikk til denne pasientgruppen kan bidra til at sykepleiernes holdninger endrer seg og bidrar til å fremme tillit. Dette kan resultere i at rusavhengige blir bedre ivaretatt på sykehuset, blir sett, respektert og får adekvat smertelindring.

- Fagdager

Vi mener det er et behov for å prioritere fagdager om rusavhengighet. Dette kan bidra til økt kunnskap om ruslidelser og smertebehandling. Horner sin studie viser til at sykepleiere som har vært på kurs har endret holdning til rusavhengige etter endt kurs. Rusavhengige kan dele sin erfaring i møte med sykehuset, som kan bidra til en holdningsendring, gjerne sammen med smerte team som setter søkelys på smertelindring. Dette kan bidra til økt kunnskap om smertelindring og holdningsendring til rusavhengige.

- Økt undervisning på sykepleiestudiet

Vi mener at det bør legges til rette for mer undervisning om holdninger og smerteproblematikk av rusavhengige i sykepleierutdanningen. Et annet tiltak er at tidligere rusmisbrukere, sammen med smerteteam har en undervisningstime på skolen. Den tidligere rusavhengige kan fortelle

sin livshistorie, og fortelle om møte med sykehuset. Smerteteam kan bistå med å gi økt kunnskap om smertebehandling, og hvordan man kan ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte. Dette kan bidra til god holdning blant sykepleierstudentene og gi økt kunnskap som vil utgjøre en forskjell.

LITTERATURLISTE

Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.). (2020). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.

Danielsen, D., Berntzen, H & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerte. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). *Klinisk sykepleie* (Bind 1.) (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Friberg, F. (2017). *Dags for oppsats: Vagledning for litteraturbaserte examensarbeiden*. Lund: Studentlitteratur AB

Govertsen, A.B., Aanensen, C & Moi, E. B. (2019). Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige. *Sykepleien Forskning*, 1-17 <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75746>

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

Horner, G., Daddona, J., Burke, D.-J., Cullinane, J., Skeer, M. & Wurcel, A.G. (2019). “You`re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of an inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS ONE* 14(10), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

Kristoffersen, N, J, Nortvedt, F, Skaug, E-A, Grimsbø, G, H. (Red.) (2016). *Grunnleggende sykepleie* (bind.1). (2.utg.) Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N, J, Nortvedt, F, Skaug, E-A, Grimsbø, G, H. (Red.) (2017). *Grunnleggende sykepleie* (bind. 3). (3.utg.). Oslo: Gyldendal

- Krokmyrdal, K.A. & Andesnæs (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 789-794. <https://www-sciencedirectcom.ezproxy.uis.no/science/article/pii/S0260691715000982>
- NOU 2009:14. (2009). *En helhetlig diskrimineringsvern- Diskrimineringslovutvalgets utredning om samlet diskrimineringslov, grunnlovsvern og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra <http://lovdata.no/2017-06-16-51/§1>
- 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>
- Erfaringskompetanse.no (2020, 29. oktober). *Teammøter om diskriminering: Litteraturhuset i Trondheim*. Hentet på <https://youtu.be/ucnom0bgRq8>
- Erfaringskompetanse.no (2020, 16. september). *Teammøter om diskriminering: Litteraturhuset i Oslo*. Hentet fra: <https://youtu.be/xeb16uEbPfg>
- Nielsen, B (2019, 17 mai) *Kari Martinsen*. Hentet fra: <https://www.youtube.com/watch?v=2QKTkf6vH9g>
- Nordtvedt, P. (2017). *Omtanke* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skogen, J. C., Torvik A. T., Hauge, L.J., & Reneflot, A. (2019) *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Taule, R. (1992). *Escolas ordbok*. Bærum: Escolas Forlag
- Travelbee, J. (2018). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, K. (2018). *Løgstrup og sykepleieren*. (1.utg.). Oslo: Cappel Damm AS.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nylenna, M. (2008) *Publisere og presentere Medisinsk fagformidling i teori og praksis*. (1. utg.). Oslo: Gyldendahl Akademisk

Nortvedt, F. (2017). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Ottesen, C.A., Berg, K. & Gulbrandsen, H. (2019). Rusavhengig – stigmatisert og diskriminert. *Kritisk Juss*, 33(3), 141-144.

<https://doi.org/10.18261/ISSN2387-4546-2007-03-05>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om Pasient og Brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-1>

Ververda, J., Hansen, O. & Larsen, C. (2018). Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling. *Sykepleien forskning*.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70402>

Ørn, S. & Gansmo, E.B. (red.) (2016). *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

VEDLEGG*Vedlegg 1. Oversikt over søkeprosess*

Dato for søk:	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Presenteres i oppgaven som:
03.03.21	Swemed	Rusmisbruker AND smertebehandling AND sykehus	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	1	Smertebehandling av rusmisbrukere i norske sykehus
03.03.21	Swemed	Rusavhengig AND stigma	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	0	Ingen relevante
03.03.21	Swemed	Rusavhengig AND smerte	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	0	Ingen relevante
03.03.21	Swemed	Rusavhengig AND smertelindring	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	3	Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige
05.03.21	Idunn	Rusavhengig AND stigma AND smerte	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	4	Ingen relevante
05.03.21	Idunn	Rusavhengig AND smertelindring	Årstall: 2012-2021 Fagfelleverdert	1	Ingen relevante
05.03.21	Idunn	Rusavhengig AND stigmatisert	Årstall: 2007-2022	16	Ingen relevante
10.03.21	Cinahl	Drug addiction AND Nurse AND Pain management OR pain relief OR Pain reduction	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	6	Ingen relevante
10.03.21	Cinahl	Drug abuse AND hospital AND Pain management OR pain relief OR Pain reduction	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	17	Ingen relevante
10.03.21	Cinahl	Drug addiction AND Stigma AND hospital	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	3	Ingen relevante
10.03.21	Cinahl	Drug addiction AND Discrimination AND hospital	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	1	Ingen relevante

14.03.21	Cinahl	Nurse AND attitude AND drug addiction AND knowledge AND hospital AND Pain management OR pain relief OR Pain reduction	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	12	Ingen relevante
14.03.21	Cinahl	Nurse AND attitude AND drug addiction OR Drug abuse AND hospital AND Pain management OR pain relief OR Pain reduction	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	126	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study
14.03.21	Oria	Nurse AND Hospital AND attitude AND knowledge AND Drug addiction AND Pain management OR pain relief	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	6069	Ingen relevante
14.03.21	Oria	Nurse AND Hospital AND attitude AND knowledge AND Drug addiction OR Drug abuse AND Pain management	Årstall: 2016-2022 Fagfelleverdert	85868	Ingen relevante
14.03.21	Oria	Drug addiction AND hospital AND Stigma AND Pain management OR pain relief OR Pain reduction	Årstall: 2012-2022 Fagfelleverdert	3494	You`re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of an inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Horner, G. Daddona, J Burke, D.- J. Cullinane, J. Skeer, M. Wurcel, A.G. 2019 <i>PLoS ONE</i> USA	“You`re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder.	Hensikten var å undersøke Sykepleierens holdninger, forståelse, og behov for økt kunnskap for å ivareta opioidavhengige pasienter	Sykepleierperspektiv	Kvalitativ studie	22 sykepleiere Dybdeintervju	Belyser et behov for utvikling av programmer rettet mot både organisasjonskultur og sykepleiers livskvalitet for å forbedre kvaliteten på omsorgen av pasienter som med opioid lidelse.
Govertsen, A.B Aanensen, C Moi, E. B. 2019 <i>Sykepleien Forskning</i> Norge	“Smerteteam kan være god støtte for helsepersonell ved smertelindring til rusavhengige”	Hensikten var å synliggjøre spesialsykepleieres erfaringer fra smerteteam ved smertelindring av rusavhengige pasienter.	Sykepleierperspektiv	Kvalitativ studie	6 sykepleiere Dybdeintervju	Smerteteam kan prioritere tid til rusavhengige og være ressurs for pasienter, leger og sykepleiere. Pasienten får lindret sin smerte og følges opp med behandlingsplan både på sykehuset og etter utskrivelse.
Li, R. Andenæs, R. Undall, E Nåden, D.	“Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus”.	Hensikten var å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og	Sykepleier og legeperspektiv	Kvantitativ studie	312 leger og sykepleiere	Helsepersonell holdninger synes til en viss grad å trekke

<p>2012</p> <p><i>Sykepleien Forskning Norge</i></p>		<p>holdninger til opioidavhengig med smerte innlagt i norske sykehus.</p>			<p>Spørreskjema</p>	<p>pasientens troverdighet i tvil og det er dermed behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt på sykehus.</p>
<p>Krokmyrdal, K-A Andenæs, R</p> <p>2015</p> <p><i>NurseEducation Today Norge</i></p>	<p>“Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study”</p>	<p>Hensikten var å kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengig med smerte innlagt i norske sykehus</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>98 sykepleiere Spørreskjema</p>	<p>Studien viser at sykepleierne ikke har den nødvendige kunnskap og kompetanse til å smertelindre pasienter med opioidavhengighet. Konsekvensen av dette kan være at disse pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring mens de er innlagt på sykehus.</p>