

SPL3903 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE.

Hvorfor kan smertelindring av pasienter med rusproblematikk være utfordrende for sykepleieren i somatisk sykehus?

FORFATTERE: BARBRO STRAND, 470612  
BJØRG-IREN JENSEN, 470643  
IDA MARIE SLINNING, 470726  
KRISTINA KNUDSEN, 470669

DATO: 15.05.2018

ANTALL ORD: 10601

## SAMMENDRAG

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Tittel:  | Hvorfor kan smertelindring av pasienter med rusproblematikk være utfordrende for sykepleieren i somatisk sykehus?              | Dato 15.05.18                  |
| Deltakere:   | Barbro Strand, 470612<br><hr/> Bjørg-Iren Jensen, 470643<br><hr/> Ida Marie Slinning, 470726<br><hr/> Kristina Knudsen, 470669 |                                |
| Veileder:  | Kari Kirkbakk Fjær   |                                |
| Evt. oppdragsgiver:  | _____  |                                |
| Stikkord/nøkkelord   | Smertelindring, pasienter med rusproblematikk, sykepleiers holdninger, kunnskap, stigmatisering                                |                                |
| Antall sider/ord:43/10601  | Antall vedlegg: 0  | Publiseringsavtale inngått: Ja |
| <p><b>Bakgrunn:</b> Det kan være utfordrende for sykepleieren å forstå pasienter med rusproblematikk egen opplevelse av smerte. Årsakene til dette kan være påvirkning fra samfunnet og mangel på kunnskap. Dette kan være med på å påvirke sykepleieres holdninger ved smertelindring av pasienter med rusproblematikk.</p> <p><b>Hensikt:</b> I denne studien var det ønskelig å belyse ulike årsaker som var med på å forsterke de negative holdningene sykepleiere har til pasienter med rusproblematikk. Det blir belyst om utydelig lovverk og retningslinjer har innvirkning på sykepleierens holdninger. Det blir også undersøkt om faglitteraturen og forskningen er samstemte på tematikken.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudien tar for seg syv vitenskapelig artikler, som omhandler kunnskapsnivået og holdninger sykepleiere har til smertebehandling av pasienter med rusproblematikk.</p> <p><b>Resultat:</b> Det kom frem at sykepleierens holdninger var en medvirkende faktor i smertelindringen til pasienter med rusproblematikk. Forskningsresultatene i de valgte</p> |  |                                |

vitenskapelige artiklene konkluderte med at det var variert kunnskapsnivå blant sykepleierne, og at pasienter med rusproblematikk var enige i at de ikke ble smertelindret optimalt.

**Konklusjon:** Pasienter med rusproblematikk uttrykker at de ofte blir stigmatisert, og møtt av sykepleiere med dårlige holdninger og mangelfull kunnskap i somatisk sykehus. Pasienter med rusproblematikk har ofte en høy toleransegrense, og sykepleierne synes det er utfordrende å vite hvor mye analgetika pasienten trenger for å bli optimalt smertelindret. Det kommer frem i forskningen at sykepleierne har gode kunnskaper på noen områder, men fremdeles er det et stykke igjen til pasienter med rusproblematikk får optimal smertelindring uten å bli stigmatisert.

### ABSTRACT

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
| Title:  | Why can pain management of patients with substance use disorders be challenging for nurses in general hospitals? | Date                                      | 15.05.18 |
| Participants/   | Barbro Strand, 470612  |   |          |
|   | Björg-Iren Jensen, 470643  |   |          |
|   | Ida Marie Slinning, 470726   |   |          |
|   | Kristina Knudsen, 470669   |   |          |
| Supervisor  | Kari Kirkbakk Fjær   |   |          |
| Employer:   |  |   |          |
| Keywords  | Pain management, patients with substance use disorder, nurses attitudes, knowledge, stigmatization               |   |          |
| Number of pages/words: 43/<br>10601   | Number of appendix: 0  | Availability (open/confidential):<br>Open |          |
| <p><b>Background:</b> It may be challenging for nurses to understand the patients with substance use disorder`s own perception of pain. The reasons for this can be the impact of society and lack of knowledge. This may contribute to affect nurses' attitudes to pain management, in patients with substance use disorder.</p> |  |   |          |

**Aim:** In this study, it was desirable to elucidate various causes that helped to reinforce the negative attitudes nurses have, towards patients with substance use disorder. It is highlighted that lack of clear laws and guidelines have an impact on the nurse's attitudes. It is also investigated whether the literature and research are in agreement on the thematic.

**Method:** The literature study undertakes seven scientific articles that deal with the level of knowledge and attitudes nurses have, towards the treatment of pain in patients with substance use disorder.

**Results:** The results showed that the nurse's attitudes were a contributing factor in pain management towards patients with substance use disorder. The research findings in the selected scientific articles, concluded that there was a varied level of knowledge among nurses, and that patients with substance use disorder agreed that they did not receive optimal pain management.

**Conclusion:** Patients with drug problems state that they are often stigmatized, and have often been met by nurses with bad attitudes and insufficient knowledge in general hospitals. Patients with substance use disorder often have a high tolerance limit, and nurses find it challenging to know how much analgesics the patient needs to get optimal pain relief. The Research shows that nurses have good knowledge in some areas, but there is still a long way to go, until patients with substance use disorder get optimal pain management without getting stigmatized.

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| 1.0 INNLEDNING.....   | 6  |
| 2.0 BAKGRUNN.....   | 6  |
| 2.1 Smerter.....  | 7  |
| 2.2 Retten til helsehjelp.....  | 9  |
| 2.3 Holdninger og etikk.....  | 10 |
| 2.4 Hensikt.....  | 12 |
| 2.5 Problemstilling.....  | 12 |
| 3.0 METODE.....   | 12 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode.....  | 13 |
| 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....  | 13 |
| 3.3 Søkestrategi.....   | 13 |
| 3.4 Kritisk utvelgelse.....   | 16 |
| 3.5 Analyse.....  | 16 |
| 4.0 RESULTAT.....   | 17 |
| 4.1 Presentasjon av resultater.....   | 17 |
| 4.2 Sammenfatning av resultater.....  | 20 |
| 4.2.1 Smertebehandling.....   | 20 |
| 4.2.2 Mangel på kunnskap.....   | 22 |
| 4.2.3 Holdninger.....   | 24 |
| 5.0 DRØFTING.....   | 25 |
| 5.1 Smertebehandling.....   | 25 |
| 5.2 Mangel på kunnskap.....   | 28 |
| 5.3 Holdninger.....   | 32 |
| 5.4 Kritisk vurdering av valgte artikler og litteratur, og drøfting av forskningsetiske overveielser..... | 35 |
| 6.0 KONKLUSJON.....   | 36 |
| 7.0 LITTERATURLISTE.....  | 38 |

## 1.0 INNLEDNING

Valgt tema for denne oppgaven er smertebehandling av pasienter med rusproblematikk. Temaet er relevant ettersom sykepleiere har forskjellige holdninger til hvordan man skal smertelindre pasienter med rusproblematikk. I følge Skoglund og Biong (2017) kan pasienter med rusproblematikk oppleve å bli stigmatisert og mistenkeliggjort av sykepleiere i somatisk sykehus.

Sykepleiere mangler ofte kunnskap om tilrettelagt smertebehandling til pasienter med rusproblematikk. Dette kan påvirke holdningene mot pasientgruppen, som kan påvirke kvaliteten på behandlingen til pasienter med rusproblematikk (Morgan, 2014). Dersom helsevesenets ansatte er villige til å bedre informasjonsstrømmen om pasienter med rusproblematikk, samt ønsker å diskutere denne pasientgruppens utfordringer, kan dette føre til en holdningsendring mot svakere grupper som pasienter med rusproblematikk. Dette kan føre til at tiltak iverksettes for å bedre pasienter med rusproblematikks livssituasjon (Martinsen, 1989, s. 59).

I ulike fagstoff og forskningslitteratur brukes *analgetika* og *opioider* om hverandre, noe vi også kommer til å gjøre i denne oppgaven. Analgetika er en overordnet gruppe smertestillende medikamenter, med undergrupper som opioid og ikke-opioid analgetika (Nordeng, 2018). I denne oppgaven vil “PMR” bli brukt som forkortelse på “pasienter med rusproblematikk”.

## 2.0 BAKGRUNN

Her vil faglitteratur om; *smertes*, *retten til helsehjelp* og *holdninger og etikk* bli presentert i hvert sitt punkt. Relevant faglitteratur, teoretikere og fagartikler vil bli presentert i de overnevnte punktene. Bakgrunnen vil lede frem til en hensikt, og valgt problemstilling vil bli presentert.

## 2.1 Smerter

Det er vanskelig å forstå pasientens egen opplevelse av smerte. Dersom sykepleierne ikke har målbare tegn på smerter kan de tvile på om pasienten har smerter, og eventuelt hvor sterke smertene er. Sykepleieren har valget om å stole på pasienten eller betvile pasientens smerteopplevelse. Dersom sykepleieren velger å tvile på pasienten, eller ikke har nok kunnskaper for å fange opp pasientens uttrykk for smerte, kan god og effektiv smertebehandling forhindres. Sykepleieren kan tolke andres smerter ut i fra egen erfaring og kunnskap, på samme måte som pasientens reaksjoner på smerte er avhengig av tidligere erfaringer og kultur. Dersom sykepleieren ikke er klar over dette er det lett å handle ut i fra at ens egen oppfatning er objektiv, til tross for pasientens egen opplevelse av smerter (Dihle, Bjølseth, og Helseth, 2006; Al-Qadire og Al-Khalaileh, 2014; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Forskning har vist at sykepleiere ofte ikke tar hensyn til pasientenes egen smertevurdering. Sykepleierne vurderte pasientens smerte som mindre intens enn det pasienten selv vurderte (Granheim *et al.*, 2015). Nesten halvparten av pasientene med smerter får ikke den behandlingen de trenger, og smerte blir ofte underbehandlet til tross for mye kunnskap om smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Pasientene som misbruker opioider trenger betydelig mer smertelindring enn de som ikke bruker dette. Hovedprinsippet er at pasienter som misbruker opioider, trenger å få sitt basale opioiddose-behov dekket, men utgangspunktet for dosebehovet er som oftest ukjent (Skoglund og Biong, 2017). Sykepleiere har ikke nok kompetanse og opplæring på smertelindring av PMR. Det kommer frem at det er et stort behov for opplæring og utvikling av retningslinjer for pasienter som kommer inn på somatisk sykehus, som er avhengige av narkotiske stoffer (Kelleher og Cotter, 2008). Misbruk av opioider kan føre til at smertelindring blir vanskeligere. Dette ettersom smertelindring med opioider gjør at kroppen bygger opp en toleranse, og kroppen vil dermed trenge mer for å oppnå samme effekt (Dever, 2017). Til tross for økende kunnskap og bevissthet på smertebehandling, og økende støttende rutiner for dette, er underbehandling av smerter et alvorlig folkehelseproblem (Bell, 2009).

Erfaringsmessig har personer ulik smerteterskel, noe som må tas hensyn i smertelindring. Det er en del sykepleiere som misoppfatter smertenivået til PMR. En oppfatning er at pasienten ofte manipulerer til seg mer analgetika for å oppnå rusfølelse. Det er derfor spesielt viktig at

sykepleieren observerer smertesymptomer nøye, og at sykepleieren tar disse symptomene på alvor (Skoglund og Biong, 2017). Tidligere erfaringer kan også virke inn på sykepleierens oppfattelse av hva som er normal smerteatferd. Dersom en som sykepleier i arbeidslivet ofte møter mennesker med smerter, kan en etterhvert reagere mindre følsomt på pasientens lidelse. Dette ved å distansere seg selv på en negativ måte, for å beskytte seg selv (Nortvedt og Nortvedt, 2001; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Både leger og sykepleiere legger standarden for samarbeidet med pasienten, og har ansvar for at det skapes et godt forhold til pasienten. Pasienten må bli inkludert i planleggingen av egen behandling, hvor pasientens egne meninger om hva som kan hjelpe, blir tatt på alvor og testes (Slade, Molloy og Keating, 2009; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dersom pasienten opplever trygghet og tillit, vil effekten av smertelindringen forsterkes (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I tilfeller der smerten ikke kan påvises er mange pasienter redde for å ikke bli trodd, og at sykepleieren vil oppfatte smertene som psykiske. Dette er viktig med tanke på pasientens smertemestring ettersom pasienten må overbevise sykepleieren om at smerten ikke er psykisk, men en reell fysisk smerte (Fjerstad, 2011, s. 92). Sykepleieren har et ansvar for å lindre pasientens smerter og dekke pasientens grunnleggende behov. Optimal smertelindring er ikke alltid like lett å gjennomføre for alle pasienter, og derfor kan sykepleierne oppfatte dette som moralsk utfordrende (Berhofer og Sorell, 2015; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). For å dekke pasientens grunnleggende behov kan sykepleieren ta i bruk sykepleieprosessen. Dette innebærer datainnsamling, diagnostisering, planlegging, sykepleietiltak og evaluering av tiltakets effekt (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015).

I retningslinjer for smertelindring fokuseres det på momenter som bør vektlegges ved smertelindring av PMR. Opplevelsen pasientene får av avvisning eller dårlig behandling kan være en medvirkende årsak til økt rusmiddeltrang. I disse retningslinjene står det at PMR ofte smertelindres for lite under sykehusinnleggelse. Retningslinjene forteller at de som misbruker opioider trenger en større dose opioider enn personer som aldri har brukt eller misbrukt opioider før. Samtidig kan eventuelle psykiske vansker være med å dominere helsebildet til pasienten. Flere sykepleiere tror at det kun er opioider som er effektive, men god informasjon og høye doser ikke-opioid analgetika kan også virke veldig effektivt (Den norske legeforening, 2009). For at annen behandling enn farmakologisk behandling skal fungere er sykepleieren avhengig av at pasienten selv er villig og involvert i behandlingen. Dette gjør at sykepleieren må være bevisst på sine holdninger, og om disse er med på å øke



eller minske forutsetningene for at pasienten selv er en aktiv bidragsyter i egen behandling (Fjerstad, 2011, s. 259).

Det kommer frem i forskningsresultatet til Granheim *et al.* (2015) at sykepleiere og studenter hadde behov for økt kompetanse om smertehåndtering, da mange fryktet opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon hos pasienter. Det kom også frem at både sykepleiere og studenter hadde gode kunnskaper på noen områder ved bruk av opioider. Pasienten selv kjenner best sin egen smerte, noe flere sykepleiere hadde en lik formening om. Det å lytte til pasientens smerteopplevelse er viktig for å smertelindre pasienten optimalt. Til tross for dette vurderte sykepleierne smertenivået til PMR lavere enn pasienten selv.

Psykiske plager som angst er et viktig ledd i smertekartleggingen ettersom pasienten trenger et mentalt overskudd for å kunne takle smerter. Pasientens egen oppfatning om hva som bedrer smertene kan gi sykepleierne en pekepinn på hvilken måte de best kan smertelindre pasienten (Fjerstad, 2011, s. 98). Sykepleiere har ansvar for at det ikke skal utvikles en avhengighet for medikamenter grunnet manglende relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Fjerstad, 2011, s. 240). Pasienten kan føle seg mistrodd og oppleve at sykepleieren ser smertene som psykiske istedenfor fysiske, og det kan bli mer utfordrende å få behandlet og kartlagt pasientens smertebilde (Fjerstad, 2011, s. 89).

## 2.2 Retten til helsehjelp

Personer som har en opioidavhengighet har den samme rett til helsehjelp som enhver annen person. Pasienter skal behandles individuelt og etter like faglige og etiske standarder som alle andre pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). I Helsepersonelloven er det fastslått at helsepersonell skal yte den helsehjelp de evner når det behøves. Denne helsehjelpen skal utføres i tråd med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull behandling ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven 1999). I yrkesetiske retningslinjer nevnes det at de sårbare gruppenes behov for helsehjelp skal imøtekommes på best mulig måte av sykepleieren (Norsk sykepleierforbund, 2016). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren

har en plikt til å holde seg oppdatert om forskningen som blir utført, og bidra til at ny kompetanse anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### 2.3 Holdninger og etikk

Holdninger sykepleiere har, blir uttrykt gjennom oppfatninger og meningsyttringer, som følelsesmessige reaksjoner på ulike handlinger. Disse reaksjonene er basert på kunnskap eller erfaringer og menneskene man omgås (Teigen, 2016). Måten vi kommuniserer på vil påvirkes av hvilke holdninger vi har, og negative holdninger kan skape avstand mellom pasient og sykepleier, og minske muligheten til å fremme helse (Fjerstad, 2011, s. 212).

Sykepleieres negative holdninger til personer med rusproblematikk kan være påvirket av medias fremstilling, med karaktertrekk som ustelte og slørete i blikket, der individet kun er ute etter å ruse seg. Folk følger med på flere tv programmer hvor man får et innblikk i hvordan abstinenser fratrukker personer med rusproblematikk all verdighet og selvrespekt (Lossius, 2012, s. 27-28).

Et sentralt begrep innenfor rusproblematikken er stigmatisering, og viser til egenskaper som kan oppfattes negativt av andre. Stigmatiserte grupper som PMR med de negative egenskapene, kan bli sett på som unormale da PMR avviker fra de sosiale normene. Stigmatisering er et moralsk problem, og rusproblemer oppfattes som en svakhet for personen med rusavhengighet. Personer som blir stigmatisert får ofte en negativ respons fra omgivelsene og helsevesenet. Dette kan også påvirke pasientgruppens åpenhet om egen livssituasjon. PMR blir ofte stigmatisert ved at de er kjent som *rusmisbrukeren*. De ansatte kvier seg for å stille spørsmål til pasientgruppen fordi problemet ofte kan bli oppfattet som særlig skambelagt (Ytrehus, 2017). Sykepleiere kan utvikle sterke negative følelser overfor pasienter, noe som ofte kommer hvis en pasient virker aggressiv eller avvisende, og sykepleierne føler seg inkompetente og hjelpeløse (Rossberg *et al.*, 2007).

Relasjonsbygging kan gjøres på flere måter, men det er ikke ubetydelig hvordan sykepleier oppfører og uttrykker seg når de møter pasienten, som er avgjørende for om pasienten får tillit til sykepleieren (Alvsvåg, 2015). Det står i yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal

ivareta behovene til den enkelte pasient for å gi helhetlig omsorg. Sykepleieren skal også gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Hvilken relasjon sykepleier og pasient har er viktig, og en god relasjon kan ha stor betydning for behandlingens resultat (Sælør og Bjerknes, 2017).

Paul Watzlawicks kommunikasjonsteori handler om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, både nonverbal kommunikasjon og relasjonskommunikasjon. Teorien tydeliggjør at kommunikasjon er en atferd, og beskriver en maktforskjell mellom sykepleier og pasient. Teorien bygger på at en god relasjon mellom pasient og sykepleier avhenger av kommunikasjonen. Kommunikasjonsteorien sier at alle interaksjoner enten utøver likhet eller maktforskjell mellom partene (Heyn, 2015).

Hvilken smertebehandling pasienten får er opp til sykepleiere og leger. Holdninger, kunnskap og erfaringer til både sykepleiere og leger er med på å bestemme type analgetika som skal gis, og hvilken dosering pasienten kan få. Sykepleiere har forskjellige holdninger og kunnskaper om smertelindring, som kan føre til at pasienten ikke blir nok smertelindret. Når sykepleiere observerer en pasient med smerter, kan de oppfatte smertene som mer eller mindre intens enn det pasienten selv oppfatter. Hvem sykepleierne er, og hvordan de møter smerte har stor innvirkning på deres vurdering av pasientens smerte. Sykepleiere må derfor aktivt lytte til pasienten for å få innsikt i pasientens smerter (Husebø, 1990, s. 34-35).

Egen smerteerfaring kan føre til at sykepleieren lettere forstår andres smerteopplevelse, men om en går ut ifra egen erfaring som en norm kan sykepleieren gjøre pasienten urett. Undersøkelser viser at det er store avvik fra hvilke holdninger sykepleiere har til å administrere opioider, og hvordan de faktisk administrerer behandlingen (Dihle, Bjølseth, og Helseth, 2006; Granheim *et al.*, 2015; Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Selv sykepleiere som har positive holdninger til smertelindring av PMR, administrerer lavere doser opioider enn det som er forordnet av legen. Dette er på grunn av at sykepleiere har en frykt for å skape opioidavhengighet hos pasienten (Al-Qadire og Al-Khalaileh, 2014; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016; Granheim *et al.*, 2015).

Brinchmann (2012) legger vekt på de fire prinsippers etikk, som er et etisk rammeverk. De lyder følgende; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Disse handler om plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade andre og ha respekt for andres autonome beslutninger.

Rettferdighet er plikten til å behandle alle personer og tilfeller likt altså formell rettferdighet, og vår plikt til å fordele ressurser rettferdig, altså fordelingsrettferdighet. Alle har opplevd at samme handling som ble utført av to forskjellige personer, kan oppleves som god eller dårlig, noe som er avhengig av personens holdning.

## 2.4 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å få økt kunnskap om hvorfor smertebehandling av PMR kan være utfordrende for sykepleieren. Oppgavens hovedfokus er sykepleieres holdninger til smertebehandling av PMR i somatisk sykehus. Innunder dette hovedfokuset ønsker vi å finne ut om manglende kunnskap kan være en medvirkende årsak, til sykepleieres holdninger rundt smertebehandling av PMR. Vi vil også finne ut om faglitteratur og praksis gjennom forskning samsvarer. Det er også ønskelig å finne ut hva pasientene erfarer i praksis, og hva relevant lovverk og retningslinjer sier.

## 2.5 Problemstilling

Hvorfor kan smertelindring av pasienter med rusproblematikk være utfordrende for sykepleieren i somatisk sykehus?

## 3.0 METODE

Metoden som ble brukt i denne oppgaven er allmenn litteraturstudie. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble brukt for å validere valgte artikler presenteres i punkt 3.2. I denne litteraturstudien har vi benyttet en matrise, som vist i tabell 1, for å systematisere søkehistorikken av de valgte artiklene. Vi har også en litteraturmatrise, som vist i tabell 2, for systematisk presentasjon av resultatartikler. I følge Garrard (2007, s. 72) sikrer man å velge relevant forskning til problemstillingen ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er viktig å ha et system for å evaluere hvilke resultater som er mest relevant til problemstillingen.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Den valgte metoden i denne bacheloroppgaven er en allmenn litteraturstudie. Denne allmenne litteraturstudien ble gjort gjennom valgte vitenskapelige artikler, og deretter ble resultatene beskrevet og analysert (Forsberg og Wengström, 2013). Litteraturstudien gir en oversikt og oppsummerer forskning som har blitt gjort på vår valgte problemstilling. En litteraturstudie gir en oversikt over forskning innenfor et bestemt tema (Aveyard, 2014, s. 4).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De valgte inklusjonskriteriene i artikkelsøket var med på å avgrense søket av vitenskapelige artikler, som svarte på vår problemstilling. I artikkelsøket inkluderte vi PMR og smerteproblematikk. Det var relevant med smertebehandling, og sykepleieres holdninger. Artikkelsøket ble begrenset til årene 2008-2018, hadde IMRAD og skulle være fagfellevurdert. Eksklusjonskriteriene var andre institusjoner som ikke var somatisk sykehus. Flere eksklusjonskriterier var artikler som ikke hadde IMRAD, eller et representativt antall opponenter.

### 3.3 Søkestrategi

Databasene som er brukt i vår innsamling av vitenskapelige artikler er Svemed + , Medline (ovid), PubMed og Cinahl. Dette er databaser som fokuserer på helsevitenskapelig fagstoff. Artiklene ble hentet i tidsrommet 02.02.2018 - 04.04.2018.

Vi har analysert resultatene fra de valgte vitenskapelige artiklene, med tanke på hvordan smertelindring av valgt pasientgruppe gjennomføres, og studert hvilke holdninger som ble presentert. Vi har sammenlignet resultatene med fagstoff og relevant lovverk. Underveis i søket ble det tydelig at forskningsartiklene og faglitteraturen drar paralleller mellom PMR og personer med kroniske smerter. Vi valgte derfor å inkludere faglitteratur som også omhandler kroniske smerter.

Tabell 1. Søkehistorikk for valgte artikler

| Navn på artikkel   | Søkeord  | Database       | Kombinasjoner                      | Antall treff   |
|--|--|----------------|------------------------------------|--|
| Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus  | 1:<br>Smertebehandling<br>2: Rusmisbrukere<br>3:   | Svemed+        | 1 AND 2                            | 1: 240<br>2: 15<br>3: 1  |
| Nurses competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study                           | 1: Pain treatment<br>2: Opioid abuse<br>3:   | Medline (Ovid) | 1 AND 2                            | 1: 4277<br>2: 931<br>3: 16   |
| The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. | 1: Nurse patient relationship<br>2: Problem drug use<br>3:   | PubMed         | 1 AND 2                            | 1: 36526<br>2: 70858<br>3: 49  |
| The challenge of caring for patients in pain: From the nurse's perspective   | 1: Pain<br>2: Treatment Outcome<br>3: Nurse-Patient Relations<br>4: Perspective<br>5: Humans<br>6: | PubMed         | 1 AND 2<br>AND 3<br>AND 4<br>AND 5 | 1: 729282<br>2: 1093376<br>3: 38715<br>4: 170336<br>5:<br>17079119<br>6: 5 |

|  |   |        |                                       |   |
|--|---|--------|---------------------------------------|---|
| Healthcare experiences when pain and substance use disorder coexist: Just because I'm an addict doesn't mean I don't have pain | 1: Substance use disorders<br>2: Pain<br>3:<br>4: Health care<br>5:<br>6: Methadone<br>7:   | Cinahl | 1 AND 2<br><br>3 AND 4<br><br>5 AND 6 | 1: 129 372<br>2: 163 877<br>3: 4091<br>4: 393 227<br>5: 361<br>6: 4016<br>7: 16 |
| Staff regard towards substance users: a European multi-centre study  | 1: Drug users<br>2: Substance related- disorders<br>3: Health knowledge<br>4: Attitudes of health personell<br>5: Cross sectional studies<br>6: | PubMed | 1 AND 2<br>AND 3<br>AND 4<br>AND 5    | 1: 16789<br>2: 259472<br><br>3: 254430<br>4: 147499<br>5: 298918<br>6: 5        |
| Routines and rituals: a grounded theory of pain management of drug users in acute care settings                                | 1: Drug users<br>2: Pain management<br>3: Acute care<br>4:  | PubMed | 1 AND 2<br>AND 3                      | 1: 40344<br>2: 106032<br>3: 160706<br>4: 14                                     |

### 3.4 Kritisk utvelgelse

I kritisk vurdering av artikler er det viktig å undersøke om artikkelen er fagfellevurdert, som er en akademisk kontroll av forskningsartikler (Utdanningsforbundet, 2016). I kritisk vurdering av artikler er det også viktig å ikke bare vurdere artikkelen i seg selv, men også kilden (Aveyard, 2014, s. 135).

Resultatartiklene ble først valgt ut fra tittel på studiet, deretter ble artiklene med relevante titler undersøkt og vurdert ut fra hvilken artikkel som passet best til problemstillingen. Artiklenes funn og fokus ble også tatt i betraktning i utvelgelsesprosessen, i tillegg til at det var et representativt antall respondenter i artiklene. I utvelgelsesprosessen kom vi frem til syv vitenskapelige artikler som blir fremstilt i litteraturmatriksen i tabell 2, for kritisk utvelgelse.

Det er viktig med etiske retningslinjer for forskning, for å unngå å skade individer og samfunnet. I all forskning må det vurderes nytte opp mot mulig skade. Forskerne har hovedansvaret for å følge retningslinjene og prinsippene for forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2014). Retningslinjer for forskning ble inkludert under kritisk utvelgelse ettersom vi har et ansvar for å velge ut vitenskapelige artikler som er etisk overveid, og som ikke skader individer og samfunnet. Dette ble lagt vekt på under utvelgelsen av artikler for å sikre at de etiske retningslinjene for forskning ble overholdt.

### 3.5 Analyse

I vår analyse ble Evans (2002) sin metode for analyseutførelse benyttet. Først ble vitenskapelige artikler funnet, deretter ble relevante resultater fra hver studie identifisert. Funnene ble så analysert og sammenlignet med andre studiers funn. Til slutt ble resultatene sammenfattet for å kunne gi et overblikk på tematikken (Evans, 2002). Bacheloroppgavens forfattere leste hver artikkel flere ganger, og noterte de relevante resultatene fra hver artikkel. Som Aveyard (2014, s. 134) anbefaler understreket vi hovedpoengene som kunne relateres til problemstillingen fra forskningsartiklene.

Hver artikkel ble grundig diskutert i plenum, og vurdert kritisk for sin relevans og sitt representative utvalg. De valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, som forklart i punkt 3.3



ble kontrollert i evalueringsprosessen av artiklene. Resultatene fra disse artiklene ble deretter komprimert ytterligere for en bedre oversikt ved å skrive et sammendrag i artikkelutvelgelsesprosessen. Noen av hovedpunktene som ble fokusert på i søkeprosessen av artiklene, var sykepleierens holdninger og smertelindring av PMR i somatisk sykehus. PMRs egne synspunkter ble også inkludert for bedre innsikt i problemstillingen. Det ble også sett etter artikler i ulike land for å se forskjeller og likheter mellom Norge og andre land.

## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Presentasjon av resultater

Tabell 2. Litteraturmatrise

| <b>Forfattere, publiseringsår, Tidsskrift, Land og tittel</b>   | <b>Hensikt</b>  | <b>Metode/ utvalg</b>   | <b>Resultat</b>  |
|---|---|---|--|
| Li <i>et al.</i> , 2012.<br>Sykepleien forskning, Norge.<br><i>Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus.</i> | Hensikten med studien var å kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger til PMR med smerter, som var innlagt i norske sykehus. | Studien er beskrivende tverrsnitts-design basert på en spørreundersøkelse. Deltakerne i studien var sykepleiere og leger ved kirurgiske-, medisinske-, intensive- og anesthesiavdelinger ved fire sykehus i Norge. Det var totalt 312 sykepleiere og leger som svarte på studien. | Resultatene viste et egenvurdert kunnskapsnivå på under 3,0 i en fempunktsskala med 5 som høyeste verdi. 56,1% av sykepleierne og 15,8% av legene følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter. |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p>Krokmyrdal og Andenæs, 2015. Nurse Education Today, Norge.</p> <p><i>Nurses competence in pain management in patients with opioid addiction: a cross-sectional survey study.</i></p>                                     | <p>Hensikten med studien var å evaluere sykepleiernes selvopplevde kompetanse om smerter, kompetansen til å gi smertebehandling til PMR og kilden til sykepleiernes kunnskaper.</p>    | <p>Studien er en tverrsnittsstudie, altså en kvantitativ studie. Datainnsamlingen ble gjort gjennom spørreskjemaer som ble utfyllt av sykepleiere, som jobbet på ortopediske og medisinske sykehusavdelinger, fra to sykehus i Norge.</p> | <p>Artikkelen kom frem til at 88% av sykepleierne som var med i studien, ikke hadde nok kunnskap om smertelindring av PMR. Sykepleierne som var deltagende betraktet sine kollegaer som en hovedkilde til sin kunnskap om tematikken. Utdanning, kurs og litteratur spilte en mindre rolle. Funnene i studien antydde at det var en brist i sykepleierens kompetanse til å evaluere og behandle smerter optimalt.</p> |
| <p>Monks, Topping og Newell, 2012. Journal of advanced nursing. England.</p> <p><i>The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study.</i></p> | <p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere klarte å gi pleie og omsorg til PMR som var innlagt i medisinske avdelinger, samt å belyse erfaringer og synspunkter.</p> | <p>Studien er en kvalitativ studie med 41 respondenter. 29 av respondentene var sykepleiere som arbeidet på akuttavdeling og medisinsk sengepost på et sykehus i England, og 12 respondenter var PMR.</p>                                 | <p>Sykepleiere hadde mangel på kunnskap som førte til at de fikk mindre selvtillit og snakket mindre med PMR. Pasienten fikk derav et dårligere behandlingsopplegg, noe både sykepleierne og pasientene gjenkjente. Pasienten oppfattet den dårlige kunnskapen som en trussel for deres behandling.</p>   |
| <p>Blondal og Haldorsdottir, 2009. Journal of clinical nursing. Island.</p>   | <p>Hensikten med studien var å øke forståelsen for hvordan det er for sykepleiere å</p>  | <p>Studien er en kvalitativ studie med 20 samtaler med 10 erfarne sykepleiere.</p>  | <p>Studien viste til fire hovedutfordringer når det kommer til smertelindring; å lese pasientens smerter, håndtere indre konflikter og moralske</p>   |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p><i>The challenge of caring for patients in pain: From the nurse's perspective.</i></p>   | <p>smertelindre pasienter.</p>  |  | <p>dilemmaer, håndtere legens autoritet og organisatoriske hindre ved smertehåndteringen.</p>  |
| <p>St. Marie, 2014. USA. Pain medicine.</p> <p><i>Healthcare experiences when pain and substance use disorder coexist: "Just because I'm an addict doesn't mean I don't have pain."</i></p> | <p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan PMR ble imøtekommet av sykepleiere.</p>  | <p>Dette er en kvalitative studie av PMR. Metoden var 90 minutters intervjuer som gav en konsekvent historie fra deltakernes perspektiv. Tematisk analyse fant sted av deres erfaringer med helsevesenet.</p>  | <p>Resultatene i studien viste noen av de desperate metodene deltakerne hadde brukt for å få hjelp med smertebehandlingen. Deltakerne ble frustrert over hvor lite forståelse og evner sykepleierne hadde til å hjelpe dem i deres smertefulle tilstand.</p>   |
| <p>Gilchrist <i>et al.</i>, 2011. Addiction research report, Spania.</p> <p><i>Staff regard towards substance users: a European multi-centre study.</i></p>                                 | <p>Hensikten med studien var å sammenligne hvordan det var å jobbe med ulike pasientgrupper, inkludert PMR, blant ulike faggrupper i ulike helseinstitusjoner i åtte europeiske land.</p> | <p>Dette er en multisenter, tverrsnitts - komparativ studie av hensyn til arbeid med fire forskjellige pasientgrupper. Studien ble gjennomført i tverrfaglig samarbeid med Bulgaria, Hellas, Italia, Polen, Skottland, Slovakia, Slovenia og Spania.</p> | <p>Resultater tilsier at det ble vist lavere hensyn til pasienter med alkohol- og rusproblematikk. Etter å ha kontrollert ansattes kjønn, yrke og arbeidserfaring, behandlingens inngangspunkt og land forble de eneste statistisk signifikante variablene knyttet til arbeidet med alkohol- og rusmisbrukere.</p> |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p>McCreaddie <i>et al.</i>, 2010. Journal of clinical nursing. England.</p> <p><i>Routines and rituals: a grounded theory of pain management of drug users in acute care settings.</i></p> | <p>Hensikten med studien var å gjennomgå oppfatninger og strategier av PMR og sykepleiere, med hensyn til smertebehandling i en akutt setting.</p> | <p>Dette er en kvalitativ studie der datainnsamlingen ble gjort gjennom intervjuer med PMR, sykepleiere og pasienter som tidligere hadde et rusmisbruk.</p> | <p>PMR uttalte at de hadde forventninger til medfølende pleie. Sykepleierne rapporterte at den omsorgsfulle behandlingen og gjensidig omsorg var redusert. PMRs individuelle sensitivitet, angst og følte at stigmatiseringen hang sammen med opioidindusert hyperalgesi eller økt smertefølelse som kompliserte prosessen.</p> |
|---|--|---|---|

## 4.2 Sammenfatning av resultater

Her presenteres sammenfatninger av artiklenes resultater i tre underkategorier; *smertebehandling, mangel på kunnskap og holdninger.*

### 4.2.1 Smertebehandling

Sykepleiere rapporterte at omsorgen til pasientene var redusert da de var redde for å bli lurt til å gi mer analgetika enn nødvendig, og dermed vedlikeholde deres rusavhengighet (McCreaddie *et al.*, 2010). Flere enn halvparten av sykepleierne følte seg manipulert av opioidavhengige pasienter, og 20% av sykepleierne trodde på pasientens smerteformidling (Li *et al.*, 2012). Omtrent 62% av sykepleierne svarte at de trodde pasienter med opioidavhengighet overdrev smertene de hadde for å kunne få mer opioider. Litt over halvparten av sykepleierne mente at pasienter var ærlige i beskrivelsen om effekten av medikamentene (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). PMR uttalte at de hadde forventninger til å få rettferdig og medfølende behandling (McCreaddie *et al.*, 2010).

Det er viktig å kartlegge pasienters avhengighet for å forebygge abstinenser og gi optimal smertelindring. Resultater viste at mindre enn 40% av norske sykepleiere kartla pasientens

rusproblematikk. Sykepleiere følte også at de manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet kan påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen, anså de ikke kartlegging som relevant (Li *et al.*, 2012).

Moralsk relativisme handler om hva som er riktig, knyttet til et individ, grupper eller kultur (Sagdahl, 2015). Resultatene viste at sykepleiere og PMR hadde problemer med moralsk relativisme, og rutiner som ga ytterligere begrensninger. Sykepleieres og sykehusenes organisatoriske rutiner utfordret PMRs rutiner og motsatt, som førte til at begge parter ble misfornøyde. Som følge av dette ble viktige kliniske problemer som å forhindre abstinenser, og håndtering av smerte nedprioritert (McCreaddie *et al.*, 2010). Halvparten av sykepleierne i en studie svarte at de gav pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser (Li *et al.*, 2012). Forhindring av abstinenser ble ikke godt nok fokusert på og terapeutisk effektivitet ble kompromittert (McCreaddie *et al.*, 2010).

Rutiner og ritualer bidro til hvordan sykepleier forhindret abstinenser og hvordan smertelindring ble utført. Rutiner på sykehus er godt organisert og effektive for å håndtere høyt arbeidstempo, ressurser og tidspress. Rutiner er preget av autoritet og kontroll for å gi et tydelig rammeverk for sykepleierens arbeid, mens PMRs ritualer kan være kaotiske og ulovlige. Dette tillater PMR å opprettholde avhengigheten og unngå abstinenser. Dermed er sykepleierens rutiner og PMRs ritualer relativt personavhengige, og representerer deres realiteter, behov og moral. Ritualene vil tilsynelatende være betryggende, og gi en følelse av et system i en ellers kaotisk livsstil for pasienten. Disse ritualene kan også innebære unormal oppførsel som å røyke nær oksygen. Ritualene er ikke nødvendigvis bevisste handlinger for å teste rutinen på avdelingen, men kan oppfattes slik av sykepleiere som er uerfarne med denne pasientgruppen (McCreaddie *et al.*, 2010).

Blant sykepleiere var det en større frykt for å gi for mye analgetika, og dermed gi pasienten respirasjonsdepresjon. Sykepleierne begynte å tvile på pasientens ærlighet og sin egen vurdering ved utydelige smerter, eller der pasienten stadig ba om mer analgetika. Paradoksale situasjoner oppstod noen ganger når smertelindring ble stilt opp mot andre mål for behandlingen, og sykepleierne endte med å føle seg “onde” ved å forårsake smerte (Blondal og Haldorsdottir, 2009).

Utfallet av smertelindringen kan være positivt eller negativt både for pasienten og sykepleieren (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Kompleksiteten av å gi omsorg for de allerede stigmatiserte pasientene kan forbedres ved mer opplæring og støtte til sykepleierne. Dermed kan konflikter, forstyrrelser og vold reduseres, og slik sikre et bedre behandlingstilbud til PMR (Monks, Topping og Newell, 2012). Det er viktig at sykepleierne identifiserer sine styrker og svakheter for å få mulighet til å øke kunnskap via støtte, opplæring og trening. Det er viktig at sykepleieren fokuserer på teoretisk, personlig og etisk kunnskap for å kunne gi best mulig behandling til pasienten (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Kombinasjonen av mangel på opplæring, negative holdninger og opplevelse av konflikt, aggresjon og mistro, påvirker sykepleier og pasient forholdet negativt (Monks, Topping og Newell, 2012).

#### 4.2.2 Mangel på kunnskap

To sentrale utfordringer ved håndtering av PMR er “mangel på kunnskap til å gi omsorg” og “mistro og å ta avstand til pasienten”. Den første kategorien omhandler at sykepleiere følte de hadde mindre kunnskap om hvordan de skulle håndtere PMR, enn pasienter med andre diagnoser som diabetes og depresjon. Sykepleierne stolte dermed mindre på egne handlinger i arbeidet med denne pasientgruppen, som ble synliggjort ved at pasientene fikk dårligere behandlingsopplegg (Monks, Topping og Newell, 2012). PMRs individuelle sensitivitet, angst og følelser henger sammen med opioidindusert hyperalgesi, altså økt smertefølelse, som kompliserer behandlingsprosessen (McCreaddie *et al.*, 2010). Omtrent 39% av sykepleierne sa de ikke trodde at opioidavhengighet forårsaket økt smerte (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Den andre kategorien som var “mistro og å ta avstand til pasienten”, viste at interaksjoner med pasienter som bruker ulovlig narkotika ble emosjonelt ladet og styrt av gjensidig følelse av mistro. Dette fikk sykepleierne til å trekke seg mer tilbake og minimere interaksjonene til denne pasientgruppen (Monks, Topping og Newell, 2012).

Studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) viser at 54% av sykepleierne svarte de ikke kunne evaluere graden av smerte, og 87% svarte at de ikke hadde nok kunnskap om smertebehandling. Rundt 80% av sykepleierne svarte at de kunne gjenkjenne smerte, og 65% svarte at de kunne evaluere årsaken til smertene. Nesten 80% av deltakerne svarte at de kunne bruke opioider som smertelindrende medikamenter, og 85% svarte de kunne evaluere effekten av medikamentene. Flertallet av sykepleierne innrømmet at de hadde utilstrekkelig

kompetanse om behandlingen av PMR. Sykepleierne fryktet ofte at bruken av analgetika ville føre til avhengighet, eller forverring av avhengighet. Nesten 30% av sykepleierne mente at bruken av opioider som smertestillende, forverret pasientenes opioidavhengighet.

Flesteparten av sykepleierne hadde en formening om at PMR overdrev smertene, og var uærlige i beskrivelsen av effekten av analgetika, hvor sykepleiernes holdninger til pasientene var negative. Sykepleiere hadde en tendens til å evaluere PMRs smerte mindre intens, sammenliknet med pasienter med andre medisinske diagnoser. Dette kan kobles opp mot mangel på kunnskap hos sykepleieren. Ett resultat er basert på sykepleierens selvrapporterte kompetanse, hvor det kom frem at 88% av sykepleierne ikke hadde nok kunnskap om smertelindring av PMR. Funnene antydte at sykepleierens kompetanse til å evaluere og behandle smerter optimalt var utilstrekkelig (Krokmyrdal og Andenæs, 2015).

Blondal og Haldorsdottir (2009) fortalte om motivasjonen for å smertelindre pasienter ved moralsk forpliktelse, og sykepleiernes teoretiske og ervervede kunnskap sammen med erfaringer, selvtillit og forhåndsdomming av pasientene. Fundamentale faktorer for å handle på pasientens smerter var respekt, sterk følelse av plikt eller moralsk forpliktelse. Noen opplevde at det var forskjell mellom teori og praksis med tanke på smertelindring. Flere av sykepleierne uttrykte at de hadde fått en del informasjon ved utdanning, men erfaringen de fikk veide tyngre (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Sykepleierne betraktet sine kollegaer som en hovedkilde til sin kunnskap om tematikken. Erfaringer fra arbeidsplassen bidro mest til sykepleiernes kompetanse og kilder som utdanning, kurs og litteratur spilte en mindre rolle. Erfaring fra arbeidsplassen hadde den sterkeste påvirkningen angående sykepleierens kompetanse (Krokmyrdal og Andenæs, 2015).

PMR rapporterte at de var forferdet over at sykepleierne i helsevesenet hadde lite forståelse for deres smerter og livssituasjon. Pasientenes russug økte da de følte de fikk utilstrekkelig smertebehandling av sykepleierne (St. Marie, 2014). Pasientene oppfattet også sykepleiernes dårlige kunnskap som en mulighet til å forhandle til seg større doser med metadon, eller ønsket preparat for å unngå abstinenser (Monks, Topping og Newell, 2012). Resultatene viste noen av de desperate metodene deltakerne hadde brukt, for å få hjelp med rustrangen og smertene, som å si at de var allergiske for å få ønsket preparat (St. Marie, 2014). PMR oppfattet sykepleiernes dårlige kunnskap som en trussel mot deres pleie (Monks, Topping og

Newell, 2012). PMR fortalte at dersom de hadde fått god nok hjelp fra helsevesenet hadde de vedlikeholdt rusfriheten sin (St. Marie, 2014).

### 4.2.3 Holdninger

PMR ble vist lavere hensyn, da det gav lavere status å jobbe med denne pasientgruppen enn pasienter med for eksempel depresjon eller diabetes. Positive holdninger og omsorg til PMR var konsekvent lavere enn for andre pasientgrupper. Dette var gjeldende i alle land som deltok i studien. Funnene gav grunn til å stille viktige spørsmål rundt rusmiddelpolitikken, hvor sykepleiernes holdninger bør vurderes ut ifra dette. Lite fokus på rusmiddelpolitikk kan utgjøre en barriere for å gi optimal behandling og kan påvirke behandlingsresultatene negativt (Gilchrist *et al.*, 2011).

Sykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere om pasientene trengte analgetika samt hvor mye, ettersom de ikke hadde noen referanseramme å forholde seg til. De manglet også erfaringen som trengs for å smertelindre dem. Noen av sykepleierne opplevde PMR som frustrerende og truende noe som førte til at de ble redde (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Til tross for dette kom det frem at sykepleiere som har mindre enn 10 års erfaring viste bedre holdning til PMR, enn sykepleiere som hadde jobbet mellom 10-20 år (Gilchrist *et al.*, 2011). En liten andel av sykepleierne var bekymret for at gjennomsnittet av PMR skulle utvikle en medikamentavhengighet, og dermed bli tilbakeholdne på medikamenter (Blondal og Haldorsdottir, 2009).

Den forbigående situasjonen der PMR er innlagt i somatisk sykehus, kan få PMR til å føle seg umyndiggjort ved den plutselige bevisstgjøringen av rusavhengigheten i et ukjent miljø. Den avvikende oppførselen av PMR kan føre til at sykepleiere får redusert toleranse, eller dårligere etiske holdninger mot denne pasientgruppen. Flere PMR gjenkjente sykepleiere til å ha dårlige erfaringer med denne pasientgruppen, som kunne føre til en stigmatiserende oppførsel. PMR følte stigmatisering og opplevde negative holdninger fra sykepleiere som nedlatende (McCreaddie *et al.*, 2010).

PMR kategoriserte sykepleierne som “gode” eller “dårlige” og uttrykte at det alltid var en gruppe sykepleiere som kategoriserte pasientene som “dårlige” eller “vanskelige” pasienter.



Selv om PMR forventet å ikke bli dømt, men å få omsorgsfull behandling, følte de at de måtte begrunne valgt livsstil. Ved hjelp av argumentasjon prøvde PMR å stille seg på samme linje som sykepleieren moralsk sett, og dermed strebet etter å bli likestilt i samfunnet (McCreaddie *et al.*, 2010). Halvparten av PMR fortalte at det var viktig å kunne stole på helsevesenet for å få behandling for smertene og for sin rusavhengighet. Da sykepleieren og PMR stolte på hverandre, og hadde en god relasjon følte PMR seg hørt og fikk en bedre behandling. PMR beskrev behovet for trygghet og god kommunikasjon (St. Marie, 2014).

## 5.0 DRØFTING

Her besvares spørsmålene som blir nevnt i hensikten under punkt 2.4 og valgt problemstilling som nevnt under punkt 2.5. Drøftingsdelen vil bli delt inn i tre underkategorier; *smertebehandling, mangel på kunnskap og holdninger*. Her vil valgt faglitteratur og forskningsartikler drøftes for å forsøke å finne svar på problemstillingen.

### 5.1 Smertebehandling

Til tross for økende kunnskap og bevissthet om smertebehandling og økende støttende rutiner for dette, er underbehandling av smerter et alvorlig folkehelseproblem (Bell, 2009). I forskning om smertelindring, kom det frem at sykepleierne opplevde en forskjell mellom teori og praksis (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Resultater viser at sykepleiere og pasienter med rusproblematikk (PMR) sliter med rutiner som gir begrensninger. Sykepleiernes og sykehusenes organisatoriske rutiner utfordrer PMRs rutiner og motsatt, som fører til at begge parter blir misfornøyde. PMR har ofte opprettet ulike rutiner for å håndtere stress, smerter og den utfordrende livssituasjonen. Disse rutinene kan være avvikende fra sykepleiernes normer og rutiner, som sykepleieren er vant til i sin arbeidshverdag. Det er nødvendig med god forståelse fra både sykepleier og PMR for at PMR kan smertelindres optimalt under sykehusoppholdet (McCreaddie *et al.*, 2010). Optimal smertelindring er ikke alltid like lett å gjennomføre for alle pasienter da alle har individuelle behov, og derfor kan sykepleiere oppfatte dette som moralsk utfordrende. Til tross for dette skal sykepleierne dekke individets grunnleggende behov, noe som viser seg å være en utfordring i praksis (Blondal og Haldorsdottir, 2009; Berhofer og Sorell, 2015; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Retningslinjer for smertelindring sier at PMR ofte blir underbehandlet ved innleggelse i somatisk sykehus, ettersom det ikke er lagt nok til rette for denne pasientgruppen (Den norske legeforening, 2009). Sykepleieprosessen er et verktøy som kan brukes for å sikre optimal smertebehandling, og er grunnleggende for sykepleierens gode rutiner (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Rutiner og ritualer påvirker hvordan smertelindringen ble utført. Rutiner er preget av autoritet og kontroll for å gi et tydelig rammeverk for sykepleierens arbeid. PMRs ritualer er derimot kaotiske, og dermed presenterer sykepleierens rutiner og PMRs ritualer deres ulike normer og behov. Ritualene vil tilsynelatende være betryggende, og gi en følelse av et system i en ellers kaotisk livsstil for pasienten. Sykehusenes rutiner har ikke lagt godt nok til rette for PMRs ritualer og avvikende oppførsel. Forskningsresultatet tydeliggjør de reelle utfordringene for både sykepleierens rutiner og PMRs ritualer (McCreddie *et al.*, 2010). I retningslinjer for smertelindring av Den norske legeforening (2009) står det hvordan man oppnår idèell smertelindring. Studien til McCreddie *et al.* (2010) viser derimot at oppnåelsen av optimal smertelindring er utfordrende for sykepleieren da de må håndtere PMRs ritualer. Det vises også at det er like utfordrende for PMR å håndtere sykepleierens rutiner.

Sykepleierne synes det var utfordrende å smertelindre PMR da de var uregelmessige i sine handlinger (Blondal og Haldorsdottir, 2009; McCreddie *et al.*, 2010). Noen sykepleiere begynte å tvile på pasientens ærlighet og egenvurdering ved utydelige smerter, eller der pasienten stadig ba om mer analgetika. Paradoksale situasjoner oppstod noen ganger når smertelindring ble stilt opp mot andre mål for behandlingen, og sykepleierne endte med å føle seg "onde" ved å forårsake smerte. Sykepleierne ønsket å smertelindre pasienten, men ville samtidig ikke forsterke rusmiddelavhengigheten. Disse paradoksale situasjonene kunne oppstå ved at sykepleierne hadde manglende kunnskap om smertelindring av PMR, og hadde dermed utfordringer med å smertelindre PMR optimalt (Blondal og Haldorsdottir, 2009; Monks, Topping og Newell, 2012). Et eksempel på dette var at sykepleierne ønsket å smertelindre pasientene, men var redde for å forsterke deres rusavhengighet, eller forårsake respirasjonsdepresjon (Granheim *et al.*, 2015). Pasientene som misbrukte opioider trengte betydelig mer opioider enn pasienter uten rusproblematikk, og PMRs dosebehov var som oftest ukjent (Skoglund og Biong, 2017). Dette kan være ettersom sykepleieren ikke hadde kontroll på hvor mye analgetika PMR behøvde siden PMR ofte ikke var åpne om dette. Utfordringen var å vite om etterspørselen av analgetika var for å opprettholde rusen, eller for å håndtere smertene (Ytrehus, 2017). Smerteevaluering kan være utfordrende for

sykepleieren, dersom en ikke har noen målbare tegn på smerter. Dersom sykepleieren har mangelfull kunnskap om, eller lite tillit til pasienten kan god og effektiv smertebehandling forhindres (Dihle, Bjølseth, og Helseth, 2006; Al-Qadire og Al-Khalaileh 2014; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Gode rutiner for kartlegging av toleranse og avhengighet er nødvendig for å få smertelindret PMR optimalt (Li *et al.*, 2012).

Det kan være utfordrende for sykepleiere å forstå smertenivået til PMR. En oppfatning blant sykepleierne var at pasienten ofte manipulerte til seg mer analgetika for å oppnå rusfølelse. Det var derfor spesielt viktig at sykepleieren observerte smertesymptomene nøye, og tok disse på alvor. Dersom sykepleierne tar PMRs smertesymptomer på alvor, og klarer å smertelindre PMR optimalt, har PMR kanskje ikke behov for å lure til seg mer analgetika (Skoglund og Biong, 2017). Flere enn halvparten av sykepleierne i en av studiene følte seg manipulert av PMR, og det var kun 20% av sykepleierne som trodde på pasientens smertefor midling (Li *et al.*, 2012). Litt over halvparten av sykepleierne i en studie svarte at de trodde pasienter med opioidavhengighet overdrev smertene de hadde, for å kunne få mer analgetika (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Til tross for at sykepleierne tvilte på PMRs ærlighet, plikter sykepleiere gjennom Helsepersonelloven (1999) å yte nødvendig helsehjelp.

Sykepleierne rapporterte at omsorgen til PMR var redusert da de var redde for å bli lurt til å gi mer analgetika enn nødvendig, og dermed vedlikeholde PMRs rusavhengighet (McCreaddie *et al.*, 2010). En grunn til at sykepleieren ble manipulert kan være på grunn av manglende kompetanse hos sykepleieren (Kelleher og Cotter, 2008; Li *et al.*, 2012). I følge Monks, Topping og Newell (2012) kan noen av årsakene til manipulering være en kombinasjon av mangel på opplæring, negative holdninger, opplevelse av konflikt, aggresjon og mistro. Dette kan påvirke sykepleier og pasient forholdet negativt (Monks, Topping og Newell, 2012). For å forhindre denne frykten for manipulasjon bør sykepleiere aktivt lytte til pasienten for å få innsikt i pasientens smerter (Husebø, 1990, s. 34-35). I forskningsartiklene til McCreaddie *et al.* (2010), Gilchrist *et al.* (2011), Monks, Topping og Newell (2012), St. Marie (2014) og Krokmyrdal og Andenæs (2015) kom det frem at sykepleiernes holdninger og atferd er svært viktige komponenter i behandlingen av PMR med smerter.

Psykiske plager er et viktig ledd i smertekartleggingen, og dersom den psykiske komponenten ikke blir tatt stilling til kan pasienten føle seg mistrodd. Pasienten kan da oppleve at sykepleieren ser smertene som psykiske istedenfor fysiske. Manglende kartlegging

av pasientens smerter kan gjøre smertebehandlingen mer utfordrende for sykepleierne (Fjerstad, 2011, s. 89, 92 og 98). Det er også viktig å kartlegge pasienters avhengighet for å forebygge abstinenser og gi optimal smertelindring. Til tross for dette viste en studie at mindre enn 40% av norske sykepleiere kartla pasientens rusproblematikk. Årsaken til dette kan være at sykepleierne følte de manglet kunnskap om hvordan opioidavhengighet kunne påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen. Sykepleierne anså dermed ikke kartlegging som relevant (Li *et al.*, 2012). Pasientens egen oppfatning om hva som bedrer smertene kan gi sykepleierne en pekepinn på hvilken måte de best kan lindre smertene (Fjerstad, 2011, s. 98). Det er også viktig å kartlegge de fysiske og psykiske komponentene. Dette for å vurdere om PMR ruser seg for å døyve de psykiske plagene eller for å selvmedisinere de fysiske smertene (Fjerstad, 2011, s. 89). Sykepleieren kan da lettere se hele mennesket istedenfor kun årsaken til innleggelsen (Norsk sykepleierforbund, 2016).

## 5.2 Mangel på kunnskap

Vurdering av smerte baseres på kultur, egne erfaringer og kunnskapsnivået den enkelte har. Hvis sykepleieren ikke er klar over dette er det lett for sykepleieren å handle ut i fra at deres egen oppfatning er objektiv, til tross for pasientens egen opplevelse av smerter. Derfor er det viktig med bevisstgjøring og økt kunnskapsnivå for at sykepleieren kan endre sine holdninger og tro på pasientens egen smertevurdering, for deretter å kunne smertelindre pasienten optimalt (Dihle, Bjølseth, og Helseth, 2006; Al-Qadire og Al-Khalaileh 2014; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Faglitteraturen til Danielsen, Berntzen og Almås (2016) støtter oppunder forskningen til Monks, Topping og Newell (2012) hvor sykepleierne følte de hadde mindre kunnskap om hvordan de skulle imøtekomme og behandle PMR, enn pasienter med andre diagnoser. Dette førte til at sykepleierne stolte mindre på egne handlinger, og pasientene fikk dermed et dårligere behandlingsopplegg. Danielsen, Berntzen og Almås (2016) sier at flere pasienter med smerter ofte blir underbehandlet til tross for at sykepleierne har mye kunnskap om smertelindring. Studien til Morgan (2014) viste at kvaliteten på smertebehandlingen til PMR ble påvirket av sykepleiernes negative holdninger og stigmatisering, som kan være grunnet manglende kunnskap hos sykepleieren.

I retningslinjer for smertelindring forklares det at personer kan utvikle opioidindusert hyperalgesi. De som misbruker opioider trenger en større dose opioider for å bli smertelindret

optimalt, enn personer som aldri har brukt opioider før. Mangel på denne kunnskapen fører til at PMR ofte blir smertelindret for lite under sykehusinnleggelser (Den norske legeforening, 2009). Selv om retningslinjene er klare kom det frem at 39% av sykepleierne ikke trodde opioidavhengighet forårsaket økt smerte (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Det er viktig å huske på at mennesket er komplekst hvor både den psykiske komponenten og toleranseutviklingen spiller inn på smertebehandlingen. PMR kan ofte ha psykiske plager i tillegg til rusavhengighet og smerte (Den norske legeforening, 2009; McCreddie *et al.*, 2010). Forskningen til McCreddie *et al.* (2010) viser at PMRs individuelle sensitivitet og psykiske faktorer kompliserer deres behandlingsprosess.

Det kom frem at sykepleiere som hadde mindre enn 10 års erfaring viste bedre holdning til PMR, enn sykepleiere som hadde jobbet mellom 10-20 år (Gilchrist *et al.*, 2011). Uavhengig av arbeidserfaring plikter sykepleieren å holde seg oppdatert om forskningen som blir utført, og bidra til at ny kompetanse anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleiere er ofte flinkere til å holde seg oppdatert på ny forskning som nyutdannede, enn sykepleiere med lang arbeidserfaring som også kan tolkes ut fra Gilchrist *et al.* (2011) sine resultater. Sykepleiernes erfaringer fra arbeidsplassen veide tyngre enn utdanning, og kollegaer var hovedkilden til kunnskap. Sykepleiernes arbeidserfaringer er ikke nødvendigvis positive. Dersom det er en dårlig arbeidskultur kan det være lett å adoptere dårlige vaner fra kollegaer (Blondal og Haldorsdottir, 2009; Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Selv om det kommer frem at sykepleiernes erfaringer fra arbeidsplassen veide tyngre enn utdanning, plikter sykepleieren ifølge Helsepersonelloven (1999) å utføre kvalitetssikret og faglig forsvarlig arbeid.

Sykepleierne er redde for å bryte den faglige forsvarligheten ved å gi for mye analgetika. Sykepleierne fryktet at pasientene kunne få respirasjonsdepresjon av for mye analgetika, men en liten andel fryktet at PMR skulle utvikle en medikamentavhengighet (Helsepersonelloven 1999; Blondal og Haldorsdottir, 2009). På en annen side fryktet sykepleiere ofte at bruk av analgetika kan føre til avhengighet, eller forverring av avhengigheten. På grunn av denne frykten kan det være en utfordring at det gis for lite analgetika. Pasientene fikk dermed ikke optimal smertelindring, ettersom sykepleierne lot være å ta i bruk ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). I retningslinjer for smertelindring står det at flere sykepleiere tror at det kun er opioider som er effektive. Det viser seg derimot at god informasjon og høye doser ikke-opioid analgetika kan ha en god effekt (Den norske

legeforening, 2009). Selv sykepleierne som hadde positive holdninger til smertelindring av PMR, administrerte lavere doser opioider enn det som var forordnet av legen, på grunn av frykten for avhengighet (Al-Qadire og Al-Khalaileh, 2014; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). De ulike synspunktene kompliserer administrering av analgetika, og dermed smertebehandlingen i sin helhet (Den norske legeforening, 2009).

I studien til Granheim *et al.* (2015) kom det frem at både sykepleiere og studenter hadde gode kunnskaper på noen områder ved bruk av opioider. På en annen side sier Krokmyrdal og Andenæs (2015) at 88% av sykepleierne selv rapporterte at de ikke hadde nok kunnskap om smertelindring hos PMR. Funnene antyder at sykepleierens kompetanse til å evaluere og behandle smerter optimalt er utilstrekkelig. Til tross for varierende kunnskapsnivå blant sykepleiere står det i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at pasientene har rett til nødvendig helsehjelp. Kelleher og Cotter (2008) forteller at det er behov for et kompetanseløft for å få realisert dette. Det kom frem at det er et stort behov for opplæring og utvikling av retningslinjer for PMR, som er innlagt i somatisk sykehus. Grunnet få konkrete retningslinjer og vagt lovverk innenfor denne problematikken, kan sykepleiere tolke retningslinjene og lovverk forskjellig ut fra egne holdninger. Det trengs derfor konkrete retningslinjer og tydeligere lovverk, for hvordan man kan smertelindre denne pasientgruppen, og dermed møte PMR som et samlet helsevesen.

PMR oppfattet sykepleiernes dårlige kunnskap som en trussel mot deres pleie (Monks, Topping og Newell, 2012). Flere sykepleiere mente de evnet å administrere opioider og vurdere effekten (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Pasientene hadde ikke samme oppfatning, og så sykepleierens mangelfulle kunnskap som en mulighet til å forhandle til seg analgetika, for å oppnå smertelindring og forhindring av abstinenser (Monks, Topping og Newell, 2012). Halvparten av sykepleierne i en studie svarte at de gav pasientene opioidsubstitusjon for å forhindre abstinenser (Li *et al.*, 2012). En annen studie viser at forhindring av abstinenser ikke ble godt nok fokusert på (McCreaddie *et al.*, 2010). Sykepleierne tenker ofte på smertelindringen, men glemmer å håndtere abstinensene. PMR kan derfor forsøke å lure til seg analgetika for å forhindre abstinenser og for å kunne bli smertelindret. PMR kunne få et økt russug når smertelindringen var utilstrekkelig, og når de følte seg avvist av sykepleierne (Den norske legeforening, 2009; St. Marie, 2014).

Selv om sykepleierne og pasientene var uenige om hvordan smertelindring og håndtering av abstinenser foregår i praksis, er retningslinjene tydelige på hvordan det skal være. I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleiere skal imøtekomme behovene pasientene har (Norsk sykepleierforbund, 2016). Mange sykepleiere ser kun på medikamentet de gir, istedenfor den effekten pasienten får av medikamentet. Sykepleierne kan derfor bli tilbakeholdne på administreringen av de medikamentene som kan være nødvendig for en optimal smertebehandling (Blondal og Haldorsdottir, 2009; McCreaddie *et al.*, 2010). Dersom PMR hadde blitt smertelindret optimalt av sykepleieren hadde PMR muligens ikke prøvd å utnytte sykepleieren. Dermed hadde PMR kanskje ikke skrevet seg ut tidligere på egen risiko, for å få dekket dette behovet selv (St. Marie, 2014). En metode sykepleieren kan bruke for å vurdere effekten pasienten får av smertelindringen kan være ved å bruke kartleggingsverktøy (Fjerstad, 2011, s. 8; Li *et al.*, 2012). Lite bruk av kartleggingsverktøy kan vanskeliggjøre oppnåelsen av optimal smertebehandling (Li *et al.*, 2012).

Misbruken av opioider kan føre til at smertelindringen blir vanskeligere på grunn av stadig økende toleranse (Dever, 2017). Sykepleierne i en studie følte det var vanskelig å vurdere pasientens smerte, for deretter å administrere rett mengde analgetika. Dette ettersom de ikke hadde retningslinjer å forholde seg til, eller hadde manglende erfaring med denne pasientgruppen (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Faglitteraturen er tydelig på at PMR trenger å få sitt basale opioiddose-behov dekket før en eventuelt kan smertelindre (Skoglund og Biong, 2017). PMR har rett til å bli smertelindret optimalt, som kan være utfordrende ettersom sykepleieren ikke vet hvor høy opioidtoleranse PMR har (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). I studien til Granheim *et al.* (2015) kom det frem at pasienten selv kjenner best sin egen smerte, noe flesteparten av sykepleierne hadde en lik formening om. Å lytte til pasientens smerteopplevelse er viktig for å smertelindre pasienten optimalt. Til tross for dette vurderte sykepleierne smertenivået til PMR lavere enn pasienten selv.

Det er en forskjell mellom litteraturen og praksisen som utøves, samt at smertelindring og vurdering av smerter er komplekst. Vurderingen av smertene til PMR kan være mer utfordrende, da mange av sykepleierne har lite erfaring, og er derfor redde for å bli lurt (McCreaddie *et al.*, 2010; Al-Qadire og Al-Kalaileh, 2014). Sykepleierne svarte selvmotsigende i studien til Granheim *et al.* (2015). Sykepleierne så viktigheten av at pasienter best klarer å bedømme egne smerter, men igjen stoppet holdningene sykepleierne har når det oppsto en reell situasjon. Mye kan tyde på at sykepleierne hadde kunnskapen, men

at de ikke klarte å bruke den i praksis. Dette ble vist gjennom Al-Qadire og Al-Khalaileh (2014), Granheim *et al.* (2015) og Danielsen, Berntzen og Almås (2016) hvor sykepleierne bedømte pasientenes smerte svakere enn pasienten selv, og dermed satte sin egen vurdering høyere. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) fastslår derimot at pasienter skal behandles individuelt og etter like faglige og etiske standarder som alle andre pasienter.

For å sikre et bedre og verdig behandlingstilbud til PMR er det viktig med mer opplæring til sykepleiere, for å kunne redusere konflikter og stigmatiserende atferd mot PMR (Monks, Topping og Newell, 2012). Denne pasientgruppen har på lik linje med alle andre rett til et verdig tjenestetilbud som nevnt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Alle pasienter og tilfeller skal bli behandlet likt som vises gjennom rettferdighetsprinsippet (Brinchmann, 2012). Det er viktig at sykepleiere identifiserer sine styrker og svakheter for å øke kompetansenivået. Ved å fokusere på teoretisk, personlig og etisk kunnskap kan sykepleieren gi best mulig behandling til pasienten (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Dersom sykepleieren øker sitt kompetansenivå og etiske kunnskaper, kan dette føre til at PMR møter et samlet helsevesen, og kan gi et mer verdig tjenestetilbud. Dersom sykepleiere er mer bevisst på sine styrker og svakheter, kan sykepleiere ved hjelp av kunnskap bedre sine holdninger. Dette kan føre til at utfordringer ved smertelindring av PMR blir lettere å håndtere (Blondal og Haldorsdottir, 2009; Monks, Topping og Newell, 2012). For å få økt kunnskap om denne problematikken, bør arbeidsplassen legge til rette for et kompetanseløft. For at denne endringen skal skje på individnivå bør det skje en endring på systemnivå (Kelleher og Cotter, 2008). Hver avdeling kan heve kompetansen på det aktuelle temaet ved at det legges bedre til rette med gode tiltak, for at en holdningsendring kan realiseres. Dette kan da på lang sikt føre til økt kunnskap, bevisstgjøring, og at PMR møter et samlet helsevesen med like holdninger (Martinsen, 1989, s. 59).

### 5.3 Holdninger

PMR kategoriserte sykepleiere som “gode” eller “dårlige” og uttrykte at det alltid er en gruppe sykepleiere som kategoriserte pasientene som “vanskelige” pasienter. Selv om PMR forventet å ikke bli dømt, men å få omsorgsfull behandling, følte de at de måtte begrunne valgt livsstil, og dermed strebet etter å bli likestilt i samfunnet (McCreaddie *et al.*, 2010). Halvparten av PMR i en studie fortalte at det var viktig å kunne stole på helsevesenet, samt å



bli hørt for å få behandling for smerter, og for sin rusavhengighet (St. Marie, 2014). Sykepleiere har ansvar for at det ikke skal utvikles en medikamentavhengighet grunnet manglende relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Fjerstad, 2011, s. 240). Sykepleieren skal ivareta behovene til den enkelte pasient for å gi en helhetlig omsorg og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Selv om sykepleieren skal ivareta PMRs behov, følte ikke pasientene at de fikk den behandlingen de trengte ettersom de måtte begrunne valgt livsstil (McCreaddie *et al.*, 2010; Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er behov for et kunnskapsløft og en holdningsendring blant sykepleierne, for at PMR skal få den helhetlige omsorgen de har krav på uten å bli stigmatisert (Krokmyrdal og Andenæs, 2015; Norsk sykepleierforbund, 2016).

Både leger og sykepleiere legger standarden for samarbeidet med PMR, og har ansvaret for at det skapes et godt forhold til pasienten. Pasienten må selv bli inkludert i planleggingen av egen behandling (Slade, Molloy og Keating, 2009; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Dersom pasienten opplever trygghet og tillit, vil effekten av smertelindringen forsterkes (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). På en annen side vises det i praksis at sykepleierne har problemer med å skape en god relasjon, og unngår dermed PMR (Ytrehus, 2017). Interaksjoner med PMR kan bli emosjonelt ladet og styrt av gjensidig følelse av mistro. Dette fikk sykepleierne til å trekke seg mer tilbake, og minimerte interaksjonene til denne pasientgruppen (Monks, Topping og Newell, 2012). Negative følelser hos sykepleiere kommer ofte hvis en pasient virker aggressiv eller avvisende, og sykepleierne føler seg inkompetente og hjelpeløse (Rossberg *et al.*, 2007). Sykepleiere kan kvie seg for å stille spørsmål til pasientgruppen ettersom rusproblematikken ofte kan oppfattes som skambelagt (Ytrehus, 2017). I Alvsvåg (2015), Heyn (2015) og Sælør og Bjerknes (2017) beskrives viktigheten av god kommunikasjon og relasjon i pasientens behandlingsforløp. Alvsvåg (2015) nevner at hvordan sykepleieren oppfører seg og forholder seg til pasienten, er avgjørende for om pasienten får tillit til sykepleieren. Studiene til St. Marie (2014) og Krokmyrdal og Andenæs (2015) viser at optimal smertebehandling av PMR ble problematisk da relasjonen mellom sykepleier og PMR var utilstrekkelig.

Sykepleiere hadde en formening om at PMR overdrev smertene, og underrapporterte effekten av analgetika når sykepleiernes holdninger til pasientene var negative (Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Sykepleierens følelse av mistro og negative holdninger til PMR kan ha både en emosjonell og en fysisk konsekvens som undermedisinering eller stigmatisering (Rossberg

*et al.*, 2007; Monks, Topping og Newell, 2012). I studien til McCreaddie *et al.* (2010) står det at PMRs avvikende oppførsel også kan føre til at sykepleiere får redusert toleranse, eller negative holdninger mot denne pasientgruppen. PMR følte seg stigmatisert og opplevde de negative holdningene fra sykepleiere som nedlatende (McCreaddie *et al.*, 2010). Sykepleiere og PMR kan via dårlig kommunikasjon misforstå hverandre, og dermed skape negative holdninger og atferd seg imellom (St. Marie, 2014; Krokmyrdal og Andenæs, 2015). PMR kan være frustrert over egen livssituasjon samt føle at de ikke blir sett av sykepleierne (McCreaddie *et al.*, 2010; St. Marie, 2014). Dette kan føre til den avvikende atferden PMR kan ha, som igjen kan føre til at sykepleierne får negative holdninger (McCreaddie *et al.*, 2010). Fokus på kommunikasjon kan bidra til å gi omsorgsfull hjelp og samtidig bedre relasjonen mellom sykepleier og pasient (Heyn, 2015). Som det står i yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta behovene til den enkelte pasient for en helhetlig omsorg, og gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016).

En god relasjon kan ha stor betydning for behandlingens resultat (Sælør og Bjerknes, 2017). Noen sykepleiere opplevde PMR som frustrerende og truende, noe som førte til at de ble redde (Blondal og Haldorsdottir, 2009). Sykepleiere møter ofte pasienter med smerter i arbeidslivet, og kan derfor reagere mindre følsomt på pasientens lidelse. For å beskytte seg selv velger sykepleieren ofte å distansere seg selv på en negativ måte, hvor relasjonen og tilliten mellom PMR og sykepleier kan påvirkes (Nortvedt og Nortvedt, 2001; Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Kommunikasjonsteorien til Watzlawick forklarer at alle interaksjoner enten utøver likhet eller maktforskjell mellom partene, og at god relasjon skapes ved god kommunikasjon (Heyn, 2015). Måten en kommuniserer på påvirkes av hvilke holdninger vi har. Negative holdninger kan skape avstand mellom pasienten og sykepleieren, og minske muligheten til å fremme helse (Fjerstad, 2011, s. 212). Det er automatisk en maktforskjell mellom pasient og sykepleier, og det er viktig å få utjevnet den så godt som mulig (Heyn, 2015). Det er tydelig at relasjonen og måten sykepleieren kommuniserer med PMR på, har en innvirkning på resultatet av behandlingen (St. Marie, 2014). Forskningen til Blondal og Haldorsdottir (2009), St. Marie (2014) og Krokmyrdal og Andenæs (2015) viste hvor dårlig behandlingsresultatet kan bli dersom kommunikasjonen og relasjonen er utilstrekkelig.

Stigmatisering er en av flere årsaker til at sykepleiere har negative holdninger til PMR (Ytrehus, 2017). Undersøkelsene viste at det er store avvik fra hvilke holdninger sykepleiere

har til å administrere analgetika, og hvordan de faktisk administrerer dette (Dihle, Bjølseth, og Helseth, 2006; Granheim *et al.*, 2015; Krokmyrdal og Andenæs 2015). Forskning viste at PMR ble vist lavere hensyn i helsevesenet, da det gav lavere status å jobbe med PMR, sammenlignet med andre pasientgrupper (Gilchrist *et al.*, 2011). En årsak til at det gav lavere status å jobbe med PMR, kan være måten PMR fremstilles på i media, og dette kan påvirke sykepleierens holdninger. PMR blir ofte fremstilt i media med spesielle karaktertrekk, noe som har ført til negative holdninger rundt denne pasientgruppen (Lossius, 2012, s. 27-28). Sykepleieren må være bevisst på sine holdninger, og om disse er med på å øke eller minske forutsetningene for at pasienten selv er en aktiv bidragsyter i egen behandling (Fjerstad, 2011, s. 259). Alle inntrykk vi får påvirker holdningene våre både bevisst og ubevisst. Det kommer stadig flere dokumentarer i media som fokuserer på de stigmatiserte gruppene (Lossius, 2012, s. 27-28). Det forsøkes å sette de stigmatiserte gruppene i et annet lys og dermed øke sjansen for en holdningsendring i samfunnet. Dersom seerne får innblikk i personer med rusproblematikk hverdag vil forståelsen og kunnskapen rundt dette økes (Martinsen, 1989, s. 59; Lossius, 2012, s. 27-28). Dersom sykepleiere er villige til å endre sine holdninger, vil sjansene økes for å iverksette tiltak, slik at PMR får et bedre behandlingstilbud (Martinsen, 1989, s. 59).

#### 5.4 Kritisk vurdering av valgte artikler og litteratur, og drøfting av forskningsetiske overveielser

Artiklene inneholder sykepleiers holdninger og erfaringer om smertebehandling av PMR. Noen av artiklene tar for seg PMRs holdninger og erfaringer til sykepleieren, samt tematikken i sin helhet, hvor det kommer frem at det er flere likheter mellom artiklene. Det er mangel på studier som kartlegger sykepleieres holdninger på landsbasis. Derfor er valgte forskningsartikler foretatt på små arenaer med et begrenset antall deltakere, noe som umuliggjør en generell oversikt over sykepleierens holdninger mot PMR. Det er vanskelig å kartlegge holdninger ettersom holdningene er i konstant endring, og påvirkes av mange ulike faktorer og varierer fra person til person.

De valgte artiklene ivaretar våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, da de har IMRAD, er vitenskapelige, fagfellevurdert og er 10 år eller nyere. Andre krav som ble innfridd var at de var fra somatiske sykehus, handler om smertebehandling av PMR og sykepleierens

holdninger til PMR. Studien til Li *et al.* (2012) ble godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, og ivaretok de generelle forskningsetiske prinsippene. Studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) ble godkjent av en komite for etikk og forskningsstyring i Norge. Studien til Monks, Topping og Newell (2012) ble godkjent gjennom Forskningsetisk komite og godkjenningen ble skaffet fra NHS-lokalforsknings etikkutvalg (LREC) og Universitets Etikkutvalg. Studien til Blondal og Haldorsdottir (2009) ble godkjent gjennom Human Office Resources på Islands Nasjonale Universitetssykehus og Etikkutvalget på FSA Universitetssykehus. Studien til St. Marie (2014) ble godkjent med Review Board (IRB) av to institusjoner og deltakerne i studien gav skriftlig samtykke.

Alle de valgte studiene har ivare tatt deltakernes anonymitet. Studien til Gilchrist *et al.* (2011) nevner ingen forskningsetiske komitéer, men denne studien inkluderes da den sammenligner resultater fra forskjellige land. Studien til McCreddie *et al.* (2010) nevner heller ingen forskningsetiske komitéer, men en forskningsassistent fikk skriftlig samtykke av deltakerne. Faglitteraturen ble kritisk vurdert hovedsakelig ut fra forskningsartiklene som ble funnet, og deres relevans og kvalitet. Primærkilder ble fortrinnsvis benyttet, samtidig var det viktig å være tro mot sekundærkildene, da enhver forfatter i sekundærkildene har sin egen tolkning av primærkilden. Primærkilder ble undersøkt for å verifisere kvaliteten. Det ble også tatt i bruk faglitteratur som ble brukt i sykepleierstudiet. Årstall på kilder ble vurdert, for å sikre nyere kunnskap. Valgt lovverk ble kritisk vurdert ut fra relevans for valgt problemstilling og lovverkets tydelighet. Yrkesetiske retningslinjer og retningslinjer for smertelindring ble valgt etter vurdering opp mot lovverk og oppgavens tema.

## 6.0 KONKLUSJON

I denne litteraturstudien var det ønskelig å finne ut hvorfor smertelindring av pasienter med rusproblematikk, kan være utfordrende for sykepleierne i somatisk sykehus. Funnene i denne studien viser at sykepleiernes holdninger har innvirkning på smertebehandlingen av pasienter med rusproblematikk. Det er flere variabler på hva som påvirker sykepleieres holdninger, som; kunnskapsnivå, kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, kollegaer, arbeidsmiljø, erfaring og media.

Forskningen rundt denne tematikken tilsier at det er et stort sprang mellom der lovverket, etikken og faglitteraturen sier sykepleierne skal være i smertebehandlingen av pasienter med rusproblematikk, og der de er i realiteten. Dette med tanke på sykepleieres kompetansenivå, holdninger og pasientene med rusproblematikk opplevelse av behandlingen. Både etikken og lovverket er tydelig på noen punkter; alle har rett på lik helsehjelp, og det er et grunnleggende behov å være smertefri. Selv med tydelig lovverk og etiske retningslinjer er det en mangel i praksis. Det er et behov for kartleggingsmetoder og prosedyrer for pasienter med rusproblematikk som sykepleiere kan lene seg på, og dermed bli tryggere i sin rolle. Sykepleiere vil muligens tørre å ha kontakt med pasienten, og kan dermed endre sine holdninger ved å være i situasjonen oftere. Dette kan også bidra til at sykepleierne kan få økt kunnskap og trygghet på feltet.

Forskningen viser at det er variasjoner i sykepleiernes holdninger og kunnskapsnivå, hvor smertebehandling til pasienter med rusproblematikk ytes ulikt. På grunn av sykepleiernes manglende kunnskapsnivå og de andre variablene, blir optimal smertelindring kompromittert. For at stigmatisering av pasienter med rusproblematikk skal unngås, bør det skje en holdningsendring hos sykepleierne. Dette kan gjennomføres ved tydeligere lovverk, retningslinjer, økt kunnskap og fokus på tematikken.

Sykepleiernes holdninger og smertelindring av pasienter med rusproblematikk er et tema som må forskes mer på. Det må settes i gang tiltak på hver enkelt avdeling og hvert enkelt sykehus for å realisere denne holdningsendringen. Forskningen er ikke representativ for hele Norge da det foreløpig er forsket på utvalgte sykehus og små områder. Det er ikke lett å kartlegge holdninger sammenlignet med for eksempel utgiftsposter, noe som gjør det vanskelig å få et tydelig bilde på tematikken for hele Norge. Holdninger er i konstant endring ut fra inntrykk vedkommende får, og det er derfor mulig å endre dette med litt innsats på et systemnivå. For at sykepleiernes negative holdninger skal kunne endres, bør denne tematikken legges større vekt på i utdanningsløpet, slik at kollegaers kompetanse ikke er den eneste kilden til kunnskapen.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Al-Qadire, M. og Al-Khalaileh, M. (2014) Jordanian nurses knowledge and attitude regarding pain management, *Pain management nursing*, 15(1), s. 220-228. Doi:

10.1016/j.pmn.2012.08.006

Alvsvåg, H. (2015) Faglig skjønn og omsorg, i Grov, E.K., og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 161.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care*. 3. Utgave. England: Open university press.

Bell, K., Salmon, A. (2009) Pain, physical dependence and pseudoaddiction: redefining addiction for nice people, *International journal of drug policy*, 20(2), s. 170-178.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.06.002>

Berhofer, E. I. og Sorell, J. M. (2015) Nurses managing patients' pain may experience moral distress. *Clinical Nursing Research*, 24(4), s. 401 - 414. Doi: 10.1177/1054773814533124

Blondal, K. og Haldorsdottir, S. (2009) The challenge of caring for patients in pain: From the nurse's perspective, *Journal of clinical nursing*, 18, s. 2897-2907.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x>

Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 85.

Brinchmann, B. S. (2012) Dydsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 135.

Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 381, 382, 384, 388.

De nasjonale forskningsetiske komitéene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 07.05.18).

Den norske legeforening (2009) *Retningslinjer for smertelindring*. Tilgjengelig fra: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d0NUc6CpH0MJ:legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Veiledere/Retningslinjer-for-smertelindring/+&cd=2&hl=no&ct=clnk&gl=no> (Hentet: 07.05.2018).

Dever, C. (2017) Treating acute pain in the opiate-dependent patient, *Journal of trauma nursing*, 24(5), s. 292–299. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000309

Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of clinical nursing*, 15(4), s. 469-479. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data syntethesis of processed data, *Australian Journal of advanced nursing*, 2(20), s. 22-26. Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2.pdf> (Hentet: 07.05.2018).

Fjerstad, E. (2011) *Frisk og kronisk syk*. 1. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. Utgave. Stockholm: Natur og kultur, s. 81.

Garrard, J. (2007) *Health sciences literature review made easy*. 2. utgave. Canada: Jones and Bartlett publishers.

Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., Baldacchino, A. (2011) Staff regard towards working with substance users: a European Multi-centre study, *addiction*, 106(6), s. 1114 - 1125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>

Granheim, T. H, Raaum, K., Christophersen, K-A., og Dihle, A. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne, *Sykepleien forskning*, 10(4), s. 326-334. Tilgjengelig fra:

[https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/15fo4\\_art\\_dihle\\_3559.pdf?c=1450432147](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/15fo4_art_dihle_3559.pdf?c=1450432147) (Hentet 08.02.2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 10.04.2018).

Heyn, J. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E.K., Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 370- 371.

Husebø, S. (1990) *Smerteboken*. Bergen: Eide forlag.

Kelleher, S. og Cotter, P. (2008) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users, *International emergency nursing*, 17(1), s. 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.08.003>

Krokmyrdal, K. A. og Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross - sectional survey study, *Nurse education today*, 35(6), s. 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Li, R., Andenæs, R., Undall, E. og Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus, *Sykepleien*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2012/10/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus> (Hentet: 05.02.2018).

Lossius, K. (2012) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.



Martinsen, K. (1989) *Omsorg sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Otta: Tano A.S.

McCreddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M. og Tocher, J. (2010) Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings, *Journal of clinical nursing*, 19(19), s. 2730-2740. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x>

Monks, R., Topping, A. og Newell, R. (2012) The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study, *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), s. 935-946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>

Morgan, B. (2014) Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain, *Pain management nursing*, 15(1), s. 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>

Nordeng, H. (2018) Analgetika, *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/analgetika> (Hentet: 14.05.2018).

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 10.04.2018).

Nortvedt, F. og Nortvedt, P. (2001) *Smerte - fenomen og forståelse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 382 og 388.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (Hentet: 10.04.2018).

Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. og Friis, S. (2007) An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), s. 225–230, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>

Rotegård, A. K., Solhaug, M., og Grov E.K. (2015) Sykepleierens arbeids-og beslutningsprosess, i Grov, E.K., og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 245-246.

Sagdahl, M. (2015) Relativisme, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/relativisme> (Hentet: 14.05.2018).

Skoglund, A. og Biong, S. (2017) Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. 1. utgave. Oslo: Cappelen damm akademisk, s. 189-190 og 193-194.

Slade, S. C., Molloy, E. og Keating, J. L. (2009) "Listen to me, tell me": a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clinical Rehabilitation*, 23(3), s. 270 - 280. Doi: 10.1177/0269215508100468

St. Marie, B., (2014) Health care experiences when pain and substance use disorder coexist: "Just because I'm an addict doesn't mean I don't have pain", *Pain medicine*, 15(12), s. 2075-2086. <https://doi.org/10.1111/pme.12493>

Sælør, K. T. og Bjercknes, S. O. (2017) Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rus - behandling - ansvar, roller og funksjoner, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 154.

Teigen, K.H. (2016) Holdning, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/holdning> (Hentet: 22.03.2018).

Utdanningsforbundet (2016) *Hva er fagfelleurdert artikkel?*. Tilgjengelig fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/> (Hentet: 12.04.2018).

Ytrehus, S. (2017) Familiens situasjon, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 228-229.

Ytrehus, S. (2017) Kommunalt rusarbeid, i Biong, S. og Ytrehus, S. (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. 1. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 257.