

Bachelorgradsoppgave

Smertelindring av opioidavhengige pasienter

Pain relief of the opioid dependent patient

En oppgave om sykepleieres holdninger og kunnskaper om smertelindring av opioidavhengige pasienter

Nurses' knowledge and attitudes regarding pain relief for patients addicted to opioids

Katrine Magelssen Selvig

SPU110

Bachelorgradsoppgave i

sykepleie

2013



Avdeling for helsefag

Abstrakt

Bakgrunn: Smertelindring av opioidavhengige er en av de største utfordringene man møter i praksis. Rusproblematikk er et økende problem i Norge, og i dag finnes det omtrent 10 000 mennesker som misbruker heroin. **Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å belyse sykepleieres holdninger og kunnskap om smertelindring av opioidavhengige pasienter. **Metode:** Et usystematisk litteraturstudium basert på originalartikler som belyste hensikten med oppgaven ble gjennomført. Artiklene ble funnet i ulike databaser og ble kritisk gransket. **Resultat:** Det viste seg at sykepleierne oppfattet å ikke ha tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til opioidavhengige pasienter. Det å utvikle en tillitsfull relasjon var nødvendig for å yte god pleie. Holdninger ble identifisert som den viktigste faktoren som påvirket sykepleiernes intensjon om å yte pleie av høy kvalitet. **Diskusjon:** Uvitenhet vil kunne føre til at pasienter med rusavhengighet ikke får tilstrekkelig smertelindring, noe som bryter med forsvarlighetskravet. Holdningene til sykepleierne påvirket pleien og dens kvalitet samt pasientens tilværelse. Sykepleieren må forsøke å finne mennesket bak stereotypien «den rusavhengige pasienten». **Konklusjon:** Kunnskap om smertelindring og om de spesielle forhold som må tas hensyn til i smertelindringen av denne pasientgruppen viste seg nødvendig. Holdningene viste seg å ha direkte påvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient og dermed på smertelindringen.

Keywords: substance abuse, pain management, nurses' attitudes, hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	1
1.1 Hensikt.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.2 Utvalget	4
2.3 Etske overveielser.....	5
2.4 Analyse	6
3.0 Resultat.....	7
3.1 Kunnskap og den praktiske dimensjonen av smertelindring	7
3.1.1 Smertelindring	8
3.2 Holdninger og deres innflytelse på sykepleieutøvelsen.....	9
3.2.1 Å tro på pasienten	9
3.3 Relasjonen mellom pasient og sykepleier	11
4.0 Diskusjon	13
4.1 Resultatdiskusjon	13
4.1.1 Betydningen av kunnskap.....	13
4.1.1.1 Smertelindring.....	16
4.1.1.2 Smertekartlegging som hjelpemiddel	19
4.1.2 Holdninger og deres innvirkning	20
4.1.2.1 Det å tro på pasienten.....	23
4.1.2.2 Relasjonens betydning	23
4.2 Metodediskusjon.....	26
4.2.1 Søkestrategi.....	26
4.2.2 Utvalget	26
4.2.2 Analysen	27
5.0 Konklusjon	29
LITTERATURLISTE.....	30
Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler	
Vedlegg 2: Oversikt over litteratursøk	
Vedlegg 3: Analyse	
Vedlegg 4: VAS-skalaen	

1.0 Bakgrunn

Smertelindring av opioidavhengige er ifølge Kongsgaard m.fl. (2005) en av de største utfordringene man møter i praksis. Smertepasienter som misbruker rusmidler er i fare for å bli underbehandlet. Dette er fordi helsevesenet generelt er mer tilbakeholdne med utskriving av opioider til denne pasientgruppen sammenlignet med andre pasientgrupper. Utfordringen vil ikke bli mindre i fremtiden, da rusproblematikk er et økende problem i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

I følge Statens institutt for rusmiddelforskning (2011) finnes det omtrent 10 000 mennesker som misbruker heroin eller andre opioider i Norge. Og ifølge Folkehelseinstituttet (2010) er det grunn til å tro at omtrent 4000 innleggelses i somatiske sykehus i 2008 hadde tilknytning til rusmiddelmisbruk.

Avhengighet relatert til rus blir av WHO (2013) definert som et behov for gjentatt bruk av et rusmiddel for å føle seg vel eller for å unngå ubehag. Begrepet defineres som et knippe kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer som indikerer at personen har begrenset kontroll over bruken av psykoaktive stoffer og fortsetter bruken på tross av uheldige konsekvenser.

Alle pasienter har rett til å bli behandlet med respekt og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 §1-1) samt motta behandling av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012 §1-1). Dette understrekes også av Oliver m.fl. (2012). Det eksisterer likevel flere barrierer for adekvat smertebehandling av rusmisbrukere, som stigmatisering, misoppfatninger og begrenset adgang til kvalifisert personell (Oliver m.fl. 2012).

“Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever the person says it does”
(Ladwig og Ackley 2011 s. 546)

Hovedmålene med smertelindring av opioidavhengige er å forebygge abstinenser og å gi effektiv og optimal smertelindring (Bourne 2010). Smerte defineres på flere måter. En definisjon sier at smerte er en ubehagelig opplevelse, enten sensorisk eller følelsesmessig, som oppstår i forbindelse med faktisk eller potensiell vevsskade (Ladwig og Ackley 2011).

Smerte i seg selv er en subjektiv opplevelse som alle mennesker vil oppleve i forskjellige situasjoner i løpet av livet. Opplevelsen av smerte vil variere, ikke bare ut i fra omfanget av fysisk skade men av psykologiske forhold som hvilken holdning personen som rammes har til smerte (Håkonsen 2010).

De vanligste grunnene til at opioidavhengige blir innlagt i sykehus er enten direkte konsekvenser av rusmisbruk (overdose, intoks eller abstinenser) eller som en komplikasjon til misbruket. Vanlige komplikasjoner er bløtvevsinfeksjoner, ulykker og endokarditt (Haber m.fl. 2009). I tillegg skyldes en

del innleggelser vold, hjerte- og karsykdom, lungesykdommer, smertetilstander, hiv-infeksjoner eller infeksjoner som hepatitt C og B (Skoglund og Biong 2012).

Holdningene våre er i stor grad utgått fra verdiene vi tilegner oss i oppveksten (Håkonsen 2010). Sykepleie vil alltid innebære et møte mellom en pasient og en pleier – der holdningene vil være en del av det som preger yrkesutøvelsen (Brinchmann 2007). Som sykepleier kan man med sine holdninger gjøre livet levelig eller ulevelig for pasientene (Brinchmann 2007).

Holdningene påvirker atferden vår mer direkte og i større grad enn våre verdier og meninger. Holdningene er vanskelige å forandre, og er derfor noe som er med oss over tid. Å skulle endre sine egne holdninger er derfor ofte både tidkrevende og anstrengende for mennesker (Håkonsen 2010).

Holdninger påvirker altså atferden vår direkte, og påvirker også våre opplevelser. Holdningene kan være dømmende eller vurderende – i enten positiv eller negativ retning. Vi tar et standpunkt til noe, og dermed gjør holdningene våre oss predisponerte til å reagere på en bestemt måte. Holdninger består av tre ulike faktorer; tanker, følelser og atferd (Håkonsen 2010).

“En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser” (Håkonsen 2010 s. 205)

I følge Ahern m.fl. (2007) må innvirkningen diskriminering og stigmatisering kan ha ikke undervurderes. Det viste seg å være sammenheng mellom diskriminering og dårligere psykisk- og fysisk helse. I følge Erving Goffman (1990) kan mennesker inneha et stigma, en uønsket forskjellighet fra andre mennesker og fra hva disse menneskene forventer. Mennesker som ikke skiller seg negativt ut i forhold til forventningene blir sett på som normale.

I følge Martinsen (2003) er omsorg et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i at mennesker er avhengige av hverandre. Avhengigheten finnes på forskjellige måter i alle menneskelige forhold. Omsorg er også et praktisk begrep. I tillegg har omsorgen en moralsk side som handler om hvordan vi er i relasjonene med mennesker.

Sykepleiere er den største gruppen helsepersonell som rutinemessig yter døgnkontinuerlig behandling av pasienter i sykehus. Sykepleiere er derfor i hyppig kontakt med innlagte pasienter med opioidavhengighet (Howard og Chung 2000). Dette understøttes av Blay m.fl. (2012) som sier at det på grunn av hyppigheten av innleggelser for opioidavhengige pasienter er høyst sannsynlig at sykepleiere vil komme til å møte denne pasientgruppen. På grunn av dette er det viktig at sykepleiere har en forståelse av de spesielle hensynene som må tas i smertelindringen av pasienter med opioidavhengighet. Oppgaven er med dette som grunnlag skrevet i et sykepleieperspektiv. Dette

innebærer at resultatet består av forskning gjort med sykepleiere som deltakere. Oppgavens fokus er sykepleieres holdninger og kunnskap ovenfor pasienter med opioidavhengighet som av ulike årsaker er innlagt i sykehus med smerteproblematikk.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse sykepleierens holdninger og kunnskaper om smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt i sykehus.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er en usystematisk litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer at man søker, kritisk gransker og sammenstiller litteratur innen et valgt tema (Forsberg og Wengström 2003). Metoden som er valgt blir en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap og belyse det valgte temaet på en måte som er faglig interessant (Dalland 2002).

2.2 Utvalget

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien ble det søkt artikler i databasene Medline og Cinahl med søkeordene pain management, nursing staff, drugs, opioids, hospital, analgesic, substance-related disorders, substance abuse, drug addicts, nurses attitudes, substance dependency, attitude of health personell, pain, pain measurement og substance users. Det ble også søkt i Psychinfo, Idunn og Svemed+ uten at dette resulterte i relevante artikler. En oversikt over litteratursøket ligger vedlagt (Vedlegg 2).

Totalt ble det lest 17 abstrakt i de søkene som resulterte i funn av relevante artikler og som siden ble inkludert i oppgaven. Artikkelen ble vurdert opp mot oppgavens hensikt for å avgjøre om de var relevante for oppgaven. Mange artikler ble ekskludert etter å ha lest artikkelens tittel. I tillegg til disse søkene, ble det gjort mange flere søk der artikkelen viste seg lite relevante for oppgaven.

Det er brukt en kombinasjon av kvalitative og kvantitative artikler i studien. 8 artikler er kvantitative, 4 er kvalitative og en av artikkelen har anvendt metodetriangulering. Vedlagt finnes en oversikt over de inkluderte artikkelen (Vedlegg 1).

9 forskningsartikler ble funnet gjennom søk i de nevnte databasene og til slutt inkludert i studien. I tillegg til dette ble det funnet 3 artikler via hånd søk og 1 artikkel i Sykepleien Forskning. Flere hånd søk ble gjennomført med utgangspunkt i artikkelenes litteraturlister. Artikkelen som virket relevante ble søkt opp og gransket nærmere. Artikkelen som ble funnet gjennom hånd søk er på samme måte som de andre 9 artikkelen vurdert i sin helhet opp mot oppgavens hensikt og avgrensninger.

Underveis i litteratursøkene ble artikkelenes titler vurdert først, deretter ble sammendragene lest for å undersøke hvorvidt artikkelen var relevante eller ikke. Dersom artikkelen var relevant for studien, ble den lest i sin helhet. Artikkelen ble så kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) for å sikre at utvalget var relevant og av god kvalitet.

Inklusjonskriterier for inkluderte artikler har vært at artiklene er originalartikler og omhandler smertelindring og/eller rusmisbrukere innlagt i sykehus og sykepleieres holdninger og kunnskaper i forhold til dette. Det ble søkt etter artikler fra de siste 5-10 år for å få den nyeste og mest aktuelle forskningen på området.

Eksklusjonskriterier var review-artikler, da disse kun skulle benyttes i introduksjon og diskusjonskapitlene. I tillegg har studier utført utenfor spesialhelsetjenesten blitt ekskludert. Artikler med pasientperspektiv ble ekskludert da denne oppgaven har et sykepleieperspektiv. Studier der sykepleierstudenter var deltakere ble også ekskludert fordi oppgavens hensikt var å undersøke ferdig utdannede sykepleieres holdninger og kunnskaper.

Eksempel på litteratursøk:

Dato	Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstracts	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte artikler
18.03.13	Medline	Abstracts, full text, English language AND 2003-2013	Analgesic, opioids AND attitude of health personnel	91	4	1	1

2.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser i forskning er viktig for å sikre at deltakerne ikke utsettes for unødvendig risiko for ubehag og eventuelt fare. I tillegg til dette sørger etiske overveielser for at respekten for menneskets verdighet blir ivaretatt (Polit og Beck 2012).

I forskning, som i praktisk sykepleieutøvelse, må man ta hensyn til etikk. På denne måten kan forskerne sikre seg at de gjør det rette for deltakerne og for samfunnet. Deltakere i forskning bidrar til utvikling og fremgang innen sykepleiefaget og samfunnet. Mange av deltakerne innen helseforskning er pasienter, som er en spesielt sårbar gruppe. Det er dermed ekstra viktig at man foretar etiske overveielser som sørger for å beskytte pasientene (Clarke 2010).

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien anerkjennes forfatterens bidrag til oppgaven ved å bruke korrekt kildehenvisning. Det ble ikke drevet plagiat, og der det er brukt direkte sitat anvendes

dette på korrekt måte. Artiklene som ble brukt hadde fått godkjenning fra en etisk komité. På denne måten er det forsøkt sikret at forskningen som er brukt er gjennomført i henhold til etiske retningslinjer. I tillegg har deltagerne i artiklene mottatt informasjon om studien de skal delta i og etterfølgende gitt informert samtykke.

På grunn av at de fleste artiklene i utvalget var skrevet på engelsk tas det forbehold om at noen mistolkninger i oversettelsen fra engelsk til norsk kan ha forekommet, selv om dette etter beste evne er forsøkt unngått.

Rusmisbrukere regnes som en sårbar gruppe (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet 2012). Sårbarheten kan skyldes opplevde traumer i barndommen som misbruk og neglekt (Skoglund og Biong 2012). Siden oppgaven omhandler smertelindring av en sårbar pasientgruppe, har dette blitt tatt hensyn til i utvelgelsen av artiklene i diskusjonsdelen der deltakerne er rusmisbrukere. Gjennom å sørge for at deltakerne i de aktuelle artiklene hadde gitt informert samtykke og at disse artiklene var godkjent av etisk komité er det sikret at forskningen er gjort uten å utsette pasientene for ubehagelige situasjoner.

I denne oppgaven brukes begrepet rusmisbruk(er) selv om dette av noen kan oppfattes som et stigmatiserende uttrykk. Begrepet brukes fordi faglitteraturen anvender dette på lik linje med andre synonymer som rusmiddelavhengig og rusavhengige pasienter.

2.4 Analyse

Resultatet består av tre hovedkategorier som ble funnet gjennom analysen av utvalget. For å komme frem til subkategoriene ble meningsenhetene i utvalget først identifisert. Meningsenhetene er valgt ut på grunnlag av sin relevans i forhold til oppgavens hensikt. Tabellen i vedlegg 3 viser hvilke meningsbærende enheter og subkategorier som til sammen utgjør en av de tre hovedkategoriene, nemlig kategorien kunnskap og den praktiske dimensjonen av smertelindring.

3.0 Resultat

3.1 Kunnskap og den praktiske dimensjonen av smertelindring

I en studie av Ford m.fl. (2008) svarte sykepleierne at det å utøve sykepleie til pasienter med rusavhengighet var en stressende situasjon. Pasientene ble sett på som vanskelige og utfordrende å arbeide med. Dette understøttes også i studiene til Kelleher og Cotter (2008) og Blondal og Halldorsdottir (2009).

I en studie av Li m.fl. (2012) vurderte sykepleierne sine egne kunnskaper om smertelindring til å være midt på treet. I en annen studie, der sykepleierens kunnskaper om smertelindring ble testet, ble kunnskapsnivået beskrevet som tilfredsstillende (Kelleher og Cotter 2008). I studien til Ford m.fl. (2008) følte kun 25% av deltakerne seg kvalifisert til å arbeide med rusmisbrukere. I studien til Kelleher og Cotter (2008) og Blondal og Halldorsdottir (2009) viste det seg at sykepleierne følte de manglet kunnskaper vedrørende å yte sykepleie til rusmisbrukere. Hovedårsaken til at pasientene ikke mottok god nok behandling var imidlertid ikke sykepleierens manglende kunnskap, men heller knapphet på ressurser (Kelleher og Cotter 2008).

På en annen side viste en artikkel at sykepleierne mente at de hadde gode nok evner til å gi adekvat pleie til rusmisbrukere. I denne artikkelen sa sykepleierne at de hadde nok kunnskap om problemene som ofte er assosiert med rusmisbruk. Sykepleierne sa videre at de gjorde sitt beste for å løse problemene knyttet til sykepleie til personer med rusmisbruk på en optimal måte (Natan m.fl. 2009).

Deltakerne i en Iransk studie uttrykte at det var et behov for å øke kunnskapen til sykepleierne som skulle utøve smertelindring. Alle deltakerne i studien beskrev nødvendigheten av kunnskap og ferdigheter for å kunne utøve smertelindring, og at sykepleierens kliniske kunnskap og ferdigheter var avgjørende for å kunne føle seg kompetent til å yte effektiv smertelindring postoperativt (Rejeh m.fl. 2008).

Undervisning på arbeidsplassen er et tiltak som har blitt forsøkt for å øke sykepleierens kunnskaper vedrørende smertelindring eller rusmidler og alkohol. Effekten av denne undervisningen viste seg å være liten (Ene m.fl. 2008, Ford m.fl. 2008, Kelleher og Cotter 2008). Undervisning i kombinasjon med sosial støtte fra kolleger viste seg å være den viktigste faktoren for å bedre den terapeutiske holdningen til sykepleierne (Ford m.fl. 2008). Deltakerne i en studie fra Iran mente at undervisning på arbeidsplassen kunne bidra å øke kunnskaper og ferdigheter man behøver for å utøve smertelindring (Rejeh m.fl. 2008). I en artikkel viste det seg at undervisning om smertelindring hadde hatt noe effekt, da andelen pasienter som ikke mottok smertestillende på tross av en VAS-score (se Vedlegg 4) på 40 eller mer hadde gått ned fra 16 % til 10 % etter en periode med undervisning av ansatte. I

tillegg hadde sykepleierne etter gjennomført undervisning blitt flinkere til å informere pasientene om smertevurdering og smertebehandling preoperativt (Ene m.fl. 2008).

Erfaring med smertelindring og pasientgruppen som skulle behandles viste seg å være positivt for holdningene til sykepleierne. Erfaring viste seg å bety mer enn teoretisk kunnskap tilegnet gjennom utdanning på den måten at erfaring ga økt kunnskap (Al-shaer m.fl. 2011, Blondal og Halldorsdottir 2009, Ford m.fl. 2008). Erfaring hjalp også sykepleierne å utvikle selvtillit og overbevisning som hjalp dem til å forsvare både seg selv og pasientene (Blondal og Halldorsdottir 2009).

I en av studiene kom det imidlertid frem at den positive effekten av erfaring med pasientgruppen kunne bli hemmet av å ha fått undervisning om emnet på forhånd (Ford m.fl. 2008).

3.1.1 Smertelindring

“There are so many ways to relieve pain, so no one will have to lie here in pain” (Lindberg og Engström 2010 s. 167).

Proaktiv smertelindring som er basert på informert interaksjon og kommunikasjon er en velegnet og varig løsning for å oppnå god smertelindring av rusmisbrukere (McCreaddie m.fl. 2010). 86 % av sykepleierne i en studie svarte at pasientene ofte eller veldig ofte fikk tilfredsstillende smertelindring (Rognstad m.fl. 2012). 46,9 % av deltakerne i en studie sa at de sørget for at pasientene fikk erstattet sitt daglige bruk av opioider under sykehusinnleggelsen (Li m.fl. 2012). Smertekartlegging viser seg brukt i varierende grad. Noen av sykepleierne brukte ikke selve skalaen, men forklarte den muntlig til pasientene (Lindberg og Engström 2010). Noen sykepleiere syntes det var viktig å bruke VAS-skalaen og brukte den rutinemessig mens andre mente smertevurdering var for personlig til å kunne reflekteres på en smerteskala (Blondal og Halldorsdottir 2009).

Det fremkom at dokumentasjonen i etterkant av smertekartlegging kunne være mangelfull eller manglende og at mange sykepleiere ikke brukte VAS-skalaen (Blondal og Halldorsdottir 2009, Ene m.fl. 2008, Li m.fl. 2012, Lindberg og Engström 2010, Rognstad m.fl. 2012). Det viste seg også at sykepleierne har makten i forhold til å bestemme om pasienten mottar smertelindring.

Sannsynligheten for at pasienten fikk opioider økte hvis sykepleieren dokumenterte smertenivå i pasientjournalen (Ene m.fl. 2008). 57% av sykepleierne i en artikkel vurderte pasientenes smerter hyppig for å bedre behandlingen (Rognstad m.fl. 2012).

I en studie hadde undervisning en viss effekt på sykepleiernes evne til å vurdere smerte i samsvar med pasientens opplevelse (Ene m.fl. 2008). En av deltakerne i en studie uttalte at sykepleiere med mer erfaring mer sannsynlig ville anvende teknikker for å oppmuntre pasienter til å snakke åpent om smerten de opplevde (Rejeh m.fl. 2008).

Sykepleierne undervurderte sterke smerter og overvurderte svake smerter, og i 1/3 av tilfellene var sykepleiernes og pasientenes vurderinger av smerte inkongruente (Ene m.fl. 2008).

I en studie svarte sykepleierne at de i arbeidet med å vurdere pasientenes smerte, observerte pasientene i forhold til visse tegn. Disse tegnene inkluderte at pasientene ikke så avslappet ut, hyperventilerte, gråt, kaldsvettet eller var engstelig. Sykepleierne målte også vitale tegn for å komplementere smertevurderingen (Lindberg og Engström 2010).

3.2 Holdninger og deres innflytelse på sykepleieutøvelsen

Rusmisbrukere som pasienter ble oppfattet som vanskelige (Kelleher og Cotter 2008) og av flere som ubehagelige å arbeide med (Ene m.fl. 2008, Kelleher og Cotter 2008), og sykepleierne opplevde at de hadde problemer med å gi god omsorg til rusmisbrukere. Kun 15 % var tilfreds med sykepleierrollen i forhold til denne pasientgruppen (Ford m.fl. 2008). Sykepleierne hadde moderate negative holdninger mot rusavhengige pasienter. De sykepleierne som hadde mer stereotype holdninger opplevde at kvaliteten på pleien de ga til disse pasientene ble lavere enn den de ga til pasienter som ikke var rusavhengige. De sykepleierne som hadde en sterk intensjon om å gi god pleie, ga bedre pleie og hadde mer positive holdninger. Det viste seg at personlige holdninger er den viktigste faktoren som påvirker intensjonen sykepleieren har for å yte pleie av god kvalitet til rusavhengige pasienter (Natan m.fl. 2009).

3.2.1 Å tro på pasienten

Sykepleierne forsøkte å stole på pasienten og deres opplevelse av smerte (Blondal og Halldorsdottir 2009, Lindberg og Engström 2010). De var enige i at smertelindring begynner med pasientens egen vurdering av hans/hennes smerte (Al-shaer m.fl. 2011) og forsøkte å ignorere sine egne subjektive vurderinger av pasientenes smertenivå (Lindberg og Engström 2010). Samtidig viste det seg at kun 20,8 % var enige eller nokså enige i at pasienten snakker sant om egen smerteopplevelse (Li m.fl. 2012). 10 % svarte korrekt på spørsmålet om hvor stor prosentandel av pasientene som overrapporterer smertene sine, nemlig at ingen gjør det, da smerte er en subjektiv opplevelse. Deltakerne indikerte at pasientene overrapporterte smerte i 1/3 av tilfellene (Al-shaer m.fl. 2011). De fleste sykepleierne var uenige i at rusmisbrukere selv hadde ansvar for egen helse og derfor ikke fortjente å motta pleie av høy kvalitet (Natan m.fl. 2009). Sykepleierne tok, uten å nøle, rollen som pasientens advokat (Blondal og Halldorsdottir 2009).

I forhold til om opioidavhengighet ble sett på som en sykdom varierte funnene. Bare 55,7 % av sykepleierne i en studie var enige i påstanden om at opioidavhengighet er en sykdom (Li m.fl. 2012), mens i en annen studie mente 96,8% av sykepleierne at rusmisbruk er en sykdom som kan behandles (Kelleher og Cotter 2008).

Sykepleierne kunne finne situasjoner der de måtte yte sykepleie til rusmisbrukere med smerter frustrerende, og noen var redde for å bli utsatt for vold (Blondal og Halldorsdottir 2009, Ford 2011).

Flertallet i en studie var enige i utsagnet om at opioidavhengige pasienter ofte virket ruset (Li m.fl. 2012). Sykepleierne ble frustrerte over at pasientenes rusmisbruk påvirket deres evne til å handle og å tenke fornuftig, og at sjansene for en voldelig og aggressiv reaksjon fra pasientene derfor økte. En av deltakerne sa at det ofte oppsto situasjoner der sykepleierne måtte gjøre kompromiss hvor pasientenes og sykepleiernes sikkerhet ble veid opp mot rusmisbrukernes urimelige krav (Ford 2011).

Noen av sykepleierne opplevde en "spenning" mellom forpliktelsene som følger av det å være sykepleier og deres egne overbevisning. En av sykepleierne uttrykte seg slik:

"You try to care for everyone without prejudice, but we aren't unprejudiced...maybe you want them to give it up, maybe you think that if you don't give it to them, they'll simply stop" (Blondal og Halldorsdottir 2009 s. 2901).

Sykepleierne i en studie identifiserte tre ulike typer atferd som sannsynligvis ville få dem til å kalle pasientene for russøkende. Disse tre typene atferd var hvis pasienten dro til ulike sykehus for å skaffe seg opioider, hvis pasienten fortalte sykepleieren hvordan medikamenter skal administreres og hvor fort de skal gis samt hvis de spurte om nye resepter fordi at de hadde blitt frastjålet eller mistet den gamle. 82,2 % av sykepleierne uten videreutdanning mente at begrepet russøkende var et negativt begrep. Det viste seg at sykepleiere med videreutdanning innen smerte klarte å skille mellom det de mente var russøkende- og ikke-russøkende atferd. Kun 23,1 % av sykepleierne med videreutdanning i smerte mente at pasienter med russøkende atferd hadde underbehandlet smerte (McCaffery m.fl. 2005).

Sykepleierne kunne begynne å betvile pasientenes ærlighet og evne til egen vurderingsevne når smerteopphavet ikke var klart og pasienter som hadde fått "normale" doser smertestillende stadig spurte om mer (Blondal og Halldorsdottir 2009). Det ble sett på som mye enklere å tro på pasienten hvis de kunne se en fysisk årsak til smerten (Ford 2011). Det at pasientene var inkonsistente ble også opplevd som vanskelig av sykepleierne (Blondal og Halldorsdottir 2009). Etter å ha vært med i studien om russøkende atferd var 59,5 % av deltakerne mindre interessert i å bruke uttrykket (McCaffery m.fl. 2005).

Støtte fra kolleger ble sett på som den viktigste faktoren for å bedre den terapeutiske holdningen til sykepleierne (Ford m.fl. 2008). Deltakerne i en annen studie brukte ulike mestringsstrategier når de opplevde situasjoner der smertelindringen ikke lyktes. De bekreftet betydningen av støtte og sa at den ga dem trygghet, en følelse av delt ansvar og økt selvtillit (Blondal og Halldorsdottir 2009).

Sykepleiedokumentasjon viste seg å være av større betydning for utskriving av opioder enn pasientens rapporter om egenopplevd smerte. Hvis en pasient oppga en VAS-score på 50 var sannsynligheten for å få opioder 50 %, men hvis sykepleieren dokumenterte smertenivået i journalen, så var sannsynligheten for å få opioder 75 % (Ene m.fl. 2008).

3.3 Relasjonen mellom pasient og sykepleier

Utviklingen av et godt sykepleier-pasientforhold ble identifisert både som en nøkkelfaktor og som en nødvendighet for å lykkes med smertelindringen. Betydningen av å forstå pasienten og den enkeltes smerteopplevelse ble sett på som viktig, men det å ta seg tid til pasientene var ikke alltid mulig (Rejeh m.fl. 2008). Også det å forstå hvordan den enkelte pasient uttrykker smerte ble sett på som viktig. Sykepleierne ønsket å gjøre det de kunne for å få pasientene til å ha det så bra som mulig. Det å være til stede og å ta seg tid til å snakke med pasientene ble sett på som en komplementær måte å lindre smerte på i tillegg til farmakologisk behandling (Lindberg og Engström 2010). Forholdet mellom sykepleieren og pasienten kunne påvirke sykepleierens evne til å forstå pasientens behov for smertestillende. Å lese pasienten for å forsøke å relatere seg til pasientens smerte ble nevnt av flere (Blondal og Halldorsdottir 2009).

At pasientene blir oppfattet som manipulative går igjen i artiklene. Dette kunne ødelegge den terapeutiske relasjonen (Li m.fl. 2012, McCreddie m.fl. 2010, Ford 2011). Manipulasjon vil kunne ødelegge tilliten i den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne uttrykte skepsis til det å utføre sykepleie inkludert kompliserte medisinske regimer i en terapeutisk relasjon som manglet tillit. I tillegg til dette var flere sykepleiere redde for sin egen sikkerhet i arbeidet med rusmisbrukere. De beskrev truende og irrasjonell atferd og malte et bilde av pasienter som ikke aksepterte å motta helsehjelp. Sykepleierne gav et bilde av at de var frustrerte og at de følte at de måtte håndtere potensiell eller reell mishandling fra pasientene. Dette medførte stress for sykepleierne og førte til at de ble mindre villige til å engasjere seg fullt ut i sykepleierrollen (Ford 2011). I tillegg til frykt for vold og manipulasjon var sykepleierne også moderat bekymret for å bli smittet av smittsomme sykdommer som HIV og hepatitt (Natan m.fl. 2009).

I vanskelige pasientsituasjoner relatert til smertelindring, ble det å involvere seg og å fortelle pasienten sannheten sett på som viktig (Blondal og Halldorsdottir 2009). Kommunikasjon mellom

sykepleier og pasient kan føre til at sykepleierne ser på pasientene som mennesker og ikke som problemer (McCreaddie m.fl. 2010).

Sykepleierne rapporterte at pasientene var uansvarlige i forhold til egen helsesituasjon og sosiale omstendigheter og at dette representerte et hinder for sykepleierrollen. Det at pasientene ikke selv tok ansvar for egen helse, tok opp mye av sykepleiernes tid (Ford 2011).

Det kom frem at sykepleierne og pasientene hadde ulike forventninger til behandlingen og til målene med den. Moralsk relativisme kunne også være en utfordring i møtet mellom pasient og sykepleier. De ulike forventningene og forskjellene i oppfatningen av den terapeutiske relasjonen førte til at pleien som ble utført, samt den terapeutiske effektiviteten, ble svekket (McCreaddie m.fl. 2010). Sykepleierne rapporterte at de måtte ta avgjørelser mens pasientene kanskje ikke fortalte sannheten om sitt rusmisbruk i forhold til type rusmiddel, mengde og hyppighet av bruk. Dette førte til en følelse av å befinne seg i ingenmannsland kunnskapsmessig, mens man forsøkte å gi optimal pleie og trygg behandling (Ford 2011).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Funnene fra litteraturstudien kan deles inn i tre hovedfunn.

Det første var at et flertall av sykepleierne i utvalget oppfattet å ikke ha tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til rusavhengige pasienter.

Det andre hovedfunnet var at det å utvikle en tillitsfull, terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient var nødvendig for å yte god pleie. Denne relasjonen kunne imidlertid være vanskelig å utvikle eller opprettholde dersom det manglet tillit mellom sykepleier og pasient.

Sist, men ikke minst, ble holdninger identifisert som den viktigste faktoren som påvirker intensjonen sykepleieren har for å yte pleie av god kvalitet til rusavhengige pasienter. Sykepleierne forsøker å tro på pasienten og legge sine egne subjektive meninger til side, men allikevel viste en studie at kun 20,8 % av sykepleierne var enige eller nokså enige i at pasienten snakker sant om egen smerteopplevelse.

4.1.1 Betydningen av kunnskap

I litteraturstudien var et av funnene at sykepleiere vurderte sine egne kunnskaper til å være midt på treet (Li m.fl. 2012). Dette ble videre bekreftet via en studie der sykepleiernes kunnskaper ble testet (Kelleher og Cotter 2008) og samtidig gjennom at kun 25 % av sykepleierne følte at de var kvalifisert til å arbeide med rusmisbrukere (Ford m.fl. 2008). Sykepleierne følte de manglet kunnskap vedrørende å yte sykepleie til rusmisbrukere (Blondal og Halldorsdottir 2009, Kelleher og Cotter 2008) og kunnskap om smertelindring (Rejeh m.fl. 2008). En studie viste derimot at sykepleierne følte at de hadde nok kunnskap og at sykepleierne følte seg selvsikre på egne evner til å ivareta pasienter med rusmisbruk (Natan m.fl. 2009).

Hovedvekten av studiene viste en mangel på kunnskap, men det at en artikkel viste at sykepleierne følte de hadde nok kunnskap viser at bildet ikke er sort/hvitt.

Forsvarlighetskravet går igjen i helselovgivningen i Norge. Som helsepersonell har man en plikt til å sørge for at arbeidet man utfører er faglig forsvarlig og at man yter omsorgsfull hjelp innenfor rammene av sin faglige kompetanse tatt den enkelte situasjon i betraktning (Helsepersonelloven 2012 §4). Faglig forsvarlighet innenfor sykepleie skal være med på å bidra til at pasientene får tilbud om sikre og trygge helsetjenester. Dette innebærer blant annet at pasientene ikke skal utsettes for unødvendig smerte. Sykepleiere har et individuelt ansvar for å yte faglig forsvarlig sykepleie.

Uforsvarlighet i form av unnlatelse av handlinger kan innebære at pasientene ikke mottar medisin som avtalt, noe pasienten har krav på (Norsk sykepleierforbund 2009).

Det at forsvarlighetskravet er en dynamisk, rettslig standard og en norm som endres over tid, tydeliggjør også behovet for at den enkelte sykepleier holder seg faglig oppdatert på sitt område. Selv om sykepleieren har et individuelt ansvar, har også arbeidsplassen og ledelsen der et ansvar for å legge til rette slik at det er mulig for sykepleierne å arbeide faglig forsvarlig. Dette kan gjøres ved å ha bemanning med tilstrekkelig kompetanse (Norsk sykepleierforbund 2009).

Deltakerne i en studie fra Iran mente at undervisning på arbeidsplassen kunne bidra til økte kunnskaper og ferdigheter man behøver for å utøve smertelindring (Rejeh m.fl. 2008). Undervisning på arbeidsplassen er et tiltak som har blitt forsøkt for å øke sykepleieres kunnskaper vedrørende smertelindring, men effekten av undervisningen viste seg i flere studier som liten (Ene m.fl. 2008, Ford m.fl. 2008, Kelleher og Cotter 2008). Undervisning på arbeidsplassen ble også forsøkt for å bedre sykepleiernes holdninger. Det viste seg at undervisning alene ikke hadde noen effekt på sykepleiernes holdninger (Ford m.fl. 2009).

I følge Oliver m.fl. (2012) står bruk av presis kunnskap i forhold til smertebehandling av rusavhengige pasienter over alt annet. Sykepleiere som møter pasienter med avhengighetsproblematikk og smerter anbefales å holde seg oppdaterte på feltene smertebehandling og rusavhengighet og å utøve evidensbasert sykepleie.

I tillegg til evidensbasert sykepleie må sykepleieren også anvende individbasert sykepleie. I følge Nortvedt og Grønseth (2010) er utgangspunktet for klinisk sykepleie møtet mellom sykepleier og den enkelte pasienten. Fremtidens klinikere må kanskje spørre seg hvordan man kan ivareta forsvarlig, individuell omsorg for hver enkelt pasient samtidig som kravene til økt produktivitet og effektivitet i behandlingen bare blir større.

Fortellingen om den barmhjertige samaritan viser at samaritanen praktisk deltok i den andres lidelse. Man handler, i motsetning til det å gi sentimental omsorg der man har medfølelse uten å gjøre noe aktivt for å bedre situasjonen for den andre (Martinsen 2003).

I studien til Morgan (2006) ble helsepersonells manglende kunnskap om avhengighet og smertebehandling identifisert av rusavhengige pasienter innlagt på sykehus. Denne mangelen på kunnskap kan ha stor betydning vedrørende å kunne gi effektiv smertelindring og dermed også på sykepleiernes evne til å yte faglig forsvarlig pleie til denne pasientgruppen.

Et eksempel på dette er funnet i studien til Lovi og Barr (2009) hvor mangelen på kunnskap om avhengighetsproblematikk førte til dårligere behandling av abstinenser på somatiske avdelinger. I studien var en av årsakene til kunnskapsmangelen at sykepleierne i somatikken ikke tok kontakt med

sykepleiere på avdelinger for alkohol- og rusavhengighet for å få råd og informasjon. Studien synliggjør at samarbeid og kunnskapsoverføring mellom fagenheter er et potensielt forbedringsområde når det gjelder å øke sykepleiernes fagkunnskaper.

Pasienter med rusavhengighet er en pasientgruppe med et sykdomsbilde som kan gjøre det nødvendig med hjelp fra flere fagenheter innenfor sykepleien. Blant annet har mange rusmiddelavhengige psykiske lidelser i tillegg til avhengighetsproblematikk (Skoglund og Biong 2012). Smertelindring av rusavhengige pasienter bør så fremt det er mulig alltid skje i samarbeid med helsepersonell som har rus- og eventuelt psykiatrisk kompetanse (Den norske legeforening 2009). Et økt samarbeid mellom de ulike tjenestene er også et av målene for Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

I følge Cousins m.fl. (2004) blir gapet mellom gode kunnskaper om smerte og utilstrekkelig smertelindring bare større. Det er likevel enighet om at utilstrekkelig smertelindring er uetisk. Uvitenhet blant helsepersonell kan føre til at opioid-dosen ses i sammenheng med sykdommens alvorlighetsgrad og ikke smerteintensiteten. En slik uvitenhet kan føre til at pasienter med rusavhengighet ikke får tilstrekkelig smertelindring og dermed gjennomgår unødvendige smerter og belastninger, som også ifølge Norsk sykepleierforbund (2009) bryter med forsvarlighetskravet.

I en studie utført av Pud m.fl. (2006) viste det seg at rusavhengige pasienter hadde redusert toleranse for smerte i forhold til den friske kontrollgruppen. På den andre siden viste studien at de rusavhengige deltakerne opplevde en lavere smerteintensitet og at det tok lengre tid før smerten oppsto. Funnene kan indikere et behov for kunnskap om spesielle forhold som kan være til stede i smertelindringen av opioidavhengige pasienter.

I tillegg til viktigheten av at sykepleierne innehar nok kunnskap, kan man også se på hvilken betydning pasientenes kunnskapsnivå har. I følge Nordtug (2012) har det at kunnskap om helsetilstand ikke lenger er forbeholdt ekspertene økt den enkeltes deltakelse i spørsmål rundt egen helse og dermed også makten over egen livssituasjon. Det er en tro på at kunnskap gjør sterk. Forfatteren stiller seg dog kritisk til det å tro at pasienter som tilegner seg kunnskap om helseplagene sine står bedre rustet i møtet med behandlingsapparatet. Denne kunnskapstilegnelsen vil kunne problematisere individtilpasset behandling på den måten at kunnskapen pasientene tilegner seg ikke tar høyde for det som er individuelt særegent for den enkeltes plager. Gullestad (2010) har skrevet en kommentar om brukervedvirkning, og uttrykker seg på denne måten:

“Jeg har gjort meg den tanke at når kravet om brukervedvirkning er blitt så høyløst i dagens samfunn, henger det sammen med at pasienter ofte blir møtt med holdninger de opplever krenkende” (Gullestad 2010 s. 549).

I følge Evjen m.fl. (2007) har mennesker som misbruker rusmidler økt risiko for å utvikle somatiske problemer. Det å ha somatiske problemer kan videre ha betydning for den psykiske helsen og dessuten for evnen til å mestre vanskelige situasjoner i livet. En studie av Haller og Acosta (2010) understøtter dette. I denne studien kom det frem at pasienter med opioidmisbruk hadde tilpasningsvansker i nye situasjoner og svekket mestringsevne. Ut i fra dette kan man tenke seg at en innleggelse i sykehus kan by på utfordringer for disse pasientene.

En studie av Cicero m.fl. (2008) fant at et klart flertall av de undersøkte pasientene hadde begynt sitt misbruk av opioder for å lindre smerter. Dette kan vise viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om at smerteproblematikk kan ligge til grunn for at pasienten har havnet i et opioidmisbruk, og at det derfor er viktig å sørge for god smertelindring når disse pasientene er innlagt på somatiske sykehusavdelinger. Det viste seg også at pasientene hadde dårligere livskvalitet på grunn av dårlig fysisk og psykisk helsetilstand.

Et komplekst sykdomsbilde, i den forstand at det involverer flere faggrupper, setter store krav til kunnskapsoverføring mellom sykepleiere på forskjellige fagenheter. God samhandling samt et faglig fokus på arbeidsplassen og et individuelt ansvar for å tilegne seg kunnskap kan virke som nødvendige grunnprinsipper for å tilrettelegge for god, faglig forsvarlig sykepleie når det gjelder smertelindring av rusavhengige pasienter.

4.1.1.1 Smertelindring

Det viste seg at sykepleierne har makten i forhold til å bestemme om pasienten skal motta smertelindring. Sykepleierne undervurderte sterke smerter og overvurderte svake smerter, og i 1/3 av tilfellene var sykepleiernes og pasientenes vurderinger av smerte inkongruente (Ene m.fl. 2008).

Sykepleiere har et ansvar for å lindre smerte (Norsk sykepleierforbund 2011). Sykepleierens grunnlag for smertelindring utgår fra det altruistiske motivet om at man ønsker å hjelpe. Det å formidle håp, at vi viser at vi bryr oss og ikke er likegyldige til pasientens opplevde smerte, er trolig av uvurderlig betydning. Dette er sannsynligvis noe av det viktigste vi gjør for å lindre smertene til pasienten (Nortvedt 1997).

I følge Finney (2010) er det viktig at sykepleierne forstår konsekvensene av ubehandlet smerte.

For dårlig smertebehandling kan bidra til høye økonomiske kostnader for samfunnet.

Smerteproblematikk er en av de vanligste årsakene til at pasienter blir gjeninnlagt etter operasjon, og det er økende bevis for at dårlig behandling av akutte smerter øker risikoen for å utvikle kronisk

smerteproblematikk. Funnene understreker betydningen av presis og effektiv smertebehandling for å øke livskvalitet og for å redusere sykkelighet (Sinatra 2010). På grunnlag av dette kan det tenkes at god smertelindring vil være med på å redusere liggetiden på sykehus i tillegg til å forebygge reinnleggelser, som også er mål i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Å unngå at pasienter utvikler kronisk smerteproblematikk som fører til langvarig behov for helsetjenester er derfor med på å nå målene med samhandlingsreformens mål om å forebygge sykdom i større grad.

I en studie av Bergman (2012) viste det seg at en av hovedutfordringene når det gjaldt å lindre smerter hos voksne var at sykepleierne følte seg overveldet på grunn av den store mengden pasienter som hadde behov for hjelp. Dette resulterte i at man kontinuerlig måtte foreta prioriteringer. På spørsmål om hvor høyt smerte ble prioritert, sa sykepleierne at smerte alltid var førsteprioritet hos pasientene, men at det dessverre ikke alltid kunne være sånn for sykepleierne på grunn av at akutt, alvorlig sykdom alltid måtte prioriteres høyere.

Dersom man blir nødt til å nedprioritere smertelindring, er det nærliggende å tro at sykepleierne får flere klager om smerter. Hyppigheten i pasientenes klager over smerter kan føre til at sykepleiere utvikler en viss grad av kynisme, blir mindre følsomme eller til og med apatiske i forhold til pasientenes smerte (Bergman 2012).

I forhold til smertelindring av opioidavhengige finnes det mange misoppfatninger. En av disse oppfatningene er at pasienter manipulerer helsepersonell for å få rus. Å oppnå god smertelindring bør vektlegges høyere enn frykten for at pasienten blir overmedisinert (Skoglund og Biong 2012).

I resultatet kom det frem at proaktiv smertelindring basert på informert interaksjon og kommunikasjon er en velegnet og varig løsning for å oppnå god smertelindring av rusmisbrukere (McCreaddie m.fl. 2010). Det er også viktig med realistiske mål for smertelindringen, særlig i møte med rusavhengige pasienter (Morgan 2006). Selv om enkelte rusmisbrukere kanskje ønsker smertelindring mer på grunn av medikamenttrang enn for faktiske smerter, har de krav på smertelindring på lik linje med alle andre pasienter. Faktorer som bør vektlegges i behandling av smerter til rusavhengige er at mange av pasientene har økt smertesensitivitet. I tillegg kan det å oppleve avvisning eller dårlig behandling utløse rusmiddeltrang. Det er viktig å kartlegge rusmisbrukets karakter, via for eksempel anamnese og komparentopplysninger. Pasienter med rusavhengighet kan ha psykiske vansker i tillegg, som kan dominere bildet. Mange av pasientene har kanskje en overdreven tro på opioider og deres effektivitet. Ved å gi god informasjon og høye doser av ikke-opioide analgetika kan man oppnå effektiv smertelindring (Den norske legeforening 2009).

Akutt smertelindring av opioidavhengige bør innebære å dekke deres normale forbruk av opioider samt en kombinasjon av analgetika for å lindre smertene (Mehta og Langford 2006). Dette understøttes av Oliver m.fl.(2012) som sier at stress fra underbehandling av smerte hos rusavhengige pasienter kan forverre det allerede eksisterende rusmisbruket. Pasienter med rusmisbruk skal og bør bli behandlet med respekt og verdighet og motta samme kvalitet på smertebehandling som alle andre pasienter. Kravet om at alle pasienter skal motta tjenester som respekterer den enkeltes integritet og verdighet er også nedfelt i helse- og omsorgstjenestelovens formål (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

For å oppnå dette, må man lykkes med å behandle de samtidige smertene og rusmisbruket hos pasienten, hvis ikke vil evnen til å håndtere ett av problemene effektivt svekkes (Oliver m.fl. 2012).

I forhold til holdninger relatert til administrering av opioider sa 36,7 % av sykepleierne i en studie at de så på seg selv som liberale eller veldig liberale i forhold til å gi opioider til pasienter med smerter. Det var en tendens til at sykepleiere på kirurgiske avdelinger samt eldre sykepleiere så på seg selv som mer liberale (Broekmans m.fl. 2004). Kun 46,9 % av deltakerne i en studie i resultatet svarte at de erstattet den daglige bruken av opioider blant innlagte pasienter med opioidavhengighet (Li m.fl. 2012).

I følge en studie i resultatet mente 86 % av sykepleierne svarte at pasientene ofte eller veldig ofte fikk tilfredsstillende smertelindring (Rognstad m.fl. 2012). I en studie utført av Blay m.fl. (2012) følte imidlertid pasienter med rusmisbruk at dosen smertestillende de mottok ikke var tilstrekkelig i forhold til smertenivået de hadde på det tidspunktet. Pasientene opplevde et behov for økt bevissthet i forhold til opiodindusert toleranse og deres behov for større doser smertestillende. Andre deltakere så et behov for at medisinerne ble administrert til riktig tid i større grad og opplevde at forsinket medisinerings kunne komme av negative holdninger mot dem som pasienter.

Pasientene som fikk opioider mot akutte smerter var mer fornøyde og oppfattet smertelindringen som mer effektiv enn pasienter som hadde fått alternative analgetika. Flere av pasientene var takknemlige og skrøt av sykepleiernes anstrengelser for å få kontroll på smertene. Deltakerne i studien ytret at smertelindring krevde et samarbeid mellom personalet og pasientene (Blay m.fl. 2012). I følge Norsk sykepleierforbund (2008) er et av kjennetegnene på faglig forsvarlig sykepleie at sykepleien utøves relatert til pasientens behov. Man kan derfor spørre seg hvorfor det eksisterer en differanse mellom sykepleiernes opplevde evne til å yte god smertelindring og pasientenes opplevelse.

Dette understøttes av Haber m.fl. (2009) som foreslår å ha en proaktiv diskusjon mellom pasient og helsepersonell angående det å foreskrive relevante medikamenter og hva som er akseptabel atferd, da dette kanskje kan bedre kommunikasjonen og redusere pasientenes frykt for dårlig smertebehandling.

Det er viktig å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient sine behov. Dette kan kun oppnås via samarbeid med den enkelte pasienten, siden han/hun kjenner sitt seg selv og sitt misbruk best. Kravet om å sikre tilpasset behandling i forhold til den enkeltes behov er nedfelt i Helse og omsorgstjenesteloven (2011 §1-1).

4.1.1.2 Smertekartlegging som hjelpemiddel

Smertekartlegging viste seg å bli brukt i varierende grad. Noen av sykepleierne brukte ikke selve skalaen, men forklarte den muntlig til pasientene (Lindberg og Engström 2010). Noen sykepleiere synes det var viktig å bruke VAS-skalaen og brukte den rutinemessig mens andre synes smertevurdering var for personlig til å kunne reflekteres på en smerteskala (Blondal og Halldorsdottir 2009). Det fremkom at dokumentasjon i etterkant av smertekartlegging kan være mangelvare og at mange sykepleiere ikke bruker VAS-skalaen. (Blondal og Halldorsdottir 2009, Ene m.fl. 2008, Li m.fl. 2012, Lindberg og Engström 2010, Rognstad m.fl. 2012)

Viktigheten av å anvende smertekartleggingsverktøy blir uttrykt i studien til Idvall m.fl. (2002). I denne studien viste det seg at pasientene rapporterte høyere smertenivåer enn hva sykepleierne trodde.

I en studie utført av Dihle m.fl. (2006) kom det frem at sykepleierne ikke utførte vurdering av postoperativ smerte i så stor grad som de selv sa de gjorde. Sykepleierne hadde teoretisk kunnskap om smertelindring men denne kunnskapen ble ikke nødvendigvis anvendt i praksis.

Avviket mellom sykepleiernes oppfatning og pasientenes opplevde smerte tydeliggjør et behov for hjelpemidler i smertekartleggingen.

I en studie av Bergman (2012) uttrykte imidlertid sykepleierne at smerteskalaen fortrinnsvis ble benyttet for å følge kravene fra en organisasjon som deler ut akkreditasjoner til sykehus i USA, «The joint commission», og ikke på grunn av at den var et nyttig hjelpemiddel. Sykepleierne uttrykte videre at deres personlige mening og vurdering bestemte alvorlighetsgraden av pasientenes smerte og dermed den påfølgende behandlingsplanen. De ble frustrerte over den opplevde manipulasjonen av smerteskalaene, og dette kunne videre føre til at frustrasjonen gikk ut over deres anstrengelser for å gi smertelindring.

Et annet, komplementært tiltak til smertekartlegging, er å observere pasientens vitale tegn (Lindberg og Engström 2010). Dette støttes av Almås m.fl. (2010), som sier at sykepleiere kan observere pasienters smerter indirekte via fysiologiske tegn. Tegnene er dog usikre, da de er sterkt knyttet til pasientens stressnivå. I en studie av Marco m.fl. (2006) ble det ikke funnet noen sammenheng mellom pasientens opplevde smerte og de vitale tegnene hjertefrekvens, blodtrykk og respirasjonsfrekvens. I smertelindringen av opioidavhengige pasienter kan det være nyttig å ha kunnskap om rusmidlenes eventuelle effekt på vitale tegn. I følge Helsedirektoratet (2010) kan sene symptomer på opioidabstinens kan være høyere puls, blodtrykksfall og svette. Om pasienten opplever abstinenssymptomer kan ut i fra dette synes aktuelt å ha med i vurderingen hvis man skal vurdere pasientens smerter ut i fra observasjoner som vitale tegn.

Rusavhengige pasienter vil ofte ikke kunne skille mellom angst, stress, smerte og annet psykologisk ubehag, noe pasientene normalt klarer. I arbeidet med smertepasienter som har et rusmisbruk er det viktig å ha innsikt i begrep som fysisk avhengighet, toleranse og misbruk og misbruk av medikamenter (Kongsgaard 2005). Ut i fra dette kan man tolke at hvis sykepleieren som utfører smertekartlegging ikke har denne kunnskapen, vil dette kunne medføre at smertekartleggingen ikke gir meningsfulle resultater og/eller oppleves som feil eller unyttig.

Haller og Acosta (2010) fant en sammenheng mellom pasientenes VAS-score og deres humør. Smertenivået så i denne studien ut til å påvirke humøret til pasientene. Dette kan være noe sykepleiere bør være kjent med i møte med opioidavhengige pasienter.

4.1.2 Holdninger og deres innvirkning

Rusavhengige pasienter ble sett på som vanskelige og utfordrende å arbeide med (Blondal og Halldorsdottir 2009, Ford m.fl. 2008, Kelleher og Cotter 2008). Det at pasientene blir oppfattet som manipulative kan ødelegge den terapeutiske relasjonen (Ford 2011, Li m.fl. 2012, McCreddie m.fl. 2010).

Stereotype holdninger mot rusavhengige pasienter resulterte i at sykepleierne ga pleie av dårligere kvalitet (Natan m.fl. 2009). Holdningene til sykepleierne kan ifølge denne studien direkte påvirke pleien og dens kvalitet. Dette understøttes av Martinsen (2005) som sier at sykepleiernes holdninger påvirker pasientens tilværelse og at gode holdninger gjør pasientenes tilværelse trygg.

Sykepleierens holdninger er helt avgjørende i alle faglige handlinger man utfører (Nortvedt og Grønseth 2010). I følge Martinsen (2012) omsettes normene våre til holdninger på den måten at holdningene former måten kroppen vår møter den andre på. Måten vi møter den andre på kan enten innby til en relasjon, eller gjøre det helt motsatte. Dette kan skje frivillig eller ufrivillig og enten

bevisst eller ubevisst. Helsepersonells holdninger kan ifølge Morgan (2006) ha store konsekvenser for effektiv kommunikasjon og vellykket smertebehandling.

Et viktig aspekt ved den relasjonelle samhandlingen i sykepleien er at man som sykepleier påvirkes følelsesmessig av pasientens situasjon (Kristoffersen og Nortvedt 2011). I tillegg skal sykepleieren, som en profesjonell yrkesutøver, respektere pasientens rettighet til å ta egne valg (Norsk sykepleierforbund 2011). Man kan tenke seg at dette inkluderer personlige valg pasienten tar, som at noen pasienter kanskje ikke ønsker å komme seg ut av sitt misbruk av opioider.

Sykepleieren har også et moralsk ansvar ovenfor pasientene. Hvordan man velger å ta moralske avgjørelser har sitt grunnlag i dagligdagse situasjoner der verdiene og normene kommer frem i selve handlingen (Martinsen 2003).

Sykepleierne i studien til Ford (2011) uttrykte skepsis til å yte sykepleie i en relasjon som manglet tillit. I følge Martinsen (2005) er tillit et fundamentalt begrep som ikke trenger en begrunnelse. Mistillit derimot, må begrunnes på samme måte som våre handlinger også må det.

I følge Skeie (2007) er ikke rusmiddelavhengige pasienter nødvendigvis "vanskelige pasienter". Når rusavhengige pasienter oppsøker helsetjenesten skiller de seg ikke noe særlig ut fra andre pasienter. Situasjonen rundt rusmisbrukerne kan dog være kaotisk på grunn av abstinenser, akutt ruspåvirkning eller en historie med såkalt "vanskelig pasientatferd". Denne forhistorien kan ha skapt mistillit mellom helsepersonell og pasienten.

Rusmisbrukere ble av flere sett på som ubehagelige å arbeide med (Ene m.fl. 2008, Kelleher og Cotter 2008), og sykepleierne opplevde at de hadde problemer med å gi god omsorg til rusmisbrukere. Kun 15 % var tilfreds med sykepleierrollen i forhold til denne pasientgruppen (Ford m.fl. 2008). Sykepleieren skal ifølge Norsk Sykepleierforbund (2011) ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å ha medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.

Russøkende atferd var ifølge flertallet av sykepleierne i en studie et negativt begrep. Det ble identifisert ulike typer atferd som kunne få sykepleierne til å kalle en pasient russøkende, blant annet hvis pasienten fortalte sykepleieren hvordan et medikament skulle administreres og hvor fort (McCaffery m.fl. 2005).

Når det gjelder rusavhengige pasienter må sykepleieren, ifølge Skoglund og Biong (2012), forsøke å se forbi fasaden og finne mennesket bak stereotypen «den rusavhengige pasienten». På denne måten kan man se forbi stigmaet som er knyttet til rusmiddelmisbruk og gi pasienten en følelse av

selvtillit og verdighet. Hvis helsepersonell har holdninger som fører til at pasientene mistenkes for å lure til seg smertestillende danner dette et dårlig samarbeidsgrunnlag. Slike holdninger vil også bli raskt avslørt av pasientene. Det å skape en trygg og stabil atmosfære på avdelingen er av betydning for helsepersonell i møte med denne pasientgruppen. Pasientene kan være vant med en tilværelse der forhandlinger er en sentral del av hverdagen. I denne tilværelsen kan det derfor oppstå atferd som helsepersonell tolker som manipulering.

Goffmann (1990) sier at vi som mennesker har visse bilder av en persons sosiale identitet, kanskje før vi allerede har møtt han. Det er ofte først når vi møter denne personen at man blir klar over hvilke antagelser man har gjort seg på forhånd. Egenskapene personen tilskrives blir en "virtuell sosial identitet" fordi de ikke nødvendigvis stemmer overens med det mennesket man har foran seg.

Rusavhengige er ifølge Sundin (2000) redde for å havne på sykehus fordi de ofte ikke får god nok smertebehandling og heller ikke god nok abstinensbehandling.

Stigmatiseringen rusavhengige opplever fra helsepersonell fører til at de sjeldent oppsøker helsetjenesten på tross av behov for medisinsk hjelp (Aas 2003). Stigmatiseringen bekreftes i en studie gjennomført av Morgan (2006). Deltakerne i denne studien følte en generell mangel på respekt overfor dem som mennesker på den måten at deres redsler, følelser, smerter og behov ikke ble sett. De merket umiddelbart om personalet behandlet dem med respekt.

Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten forutsetter alltid en avhengighet mellom partene fordi vi som mennesker er avhengige av hverandre (Martisen 2003). I en studie av Krokmyrdal (2010) hadde sykepleierne grunnleggende positive holdninger til rusmisbrukere og uttrykte sympati for dem. Holdningene var imidlertid ikke like positive når det kom til relasjonen med denne pasientgruppen samt hvordan de vurderte pasientenes smerteopplevelse.

I en studie utført av Lovi og Barr (2009) var det ikke uvanlig at sykepleiere så på pasienter med avhengighetsproblemer som «ikke egentlig syke». Bakgrunnen for dette var en tro på at disse pasientenes helsesituasjon var selvforskyldt. Deltakerne i denne studien mente at stigmatiseringen av rusavhengige fortsatt pågår, selv om alkohol- og rusavhengighet er et utbredt fenomen i dagens samfunn. Dette støttes også av Baldacchino m.fl. (2010), der leger sa at de trodde rusmisbrukende pasienter fortsatte opplevde fordommer – og at de ikke ble behandlet som andre pasienter.

4.1.2.1 Det å tro på pasienten

Det viste seg at sykepleierne forsøkte å legge vekk sine egne subjektive opplevelser og stole på pasientens opplevelse av smerte (Blondal og Halldorsdottir 2009, Lindberg og Engström 2010). Allikevel viste det seg at bare 20,8 % av sykepleierne var enige eller nokså enige i at pasienten snakker sant om egen smerteopplevelse (Li m.fl. 2012).

Deltakerne i en studie av Morgan (2006) uttrykte at det å bli trodd angående egen smerteopplevelse var smertelindring i seg selv. I følge Waal (2007) gir rusmisbrukende pasienter i hovedsak informasjon som er like gyldig som den gitt av andre pasienter.

Smerter er den vanligste grunnen til kontakt med helsevesenet, og nesten halvparten av alle voksne som oppsøker lege har smerter. Til tross for dette blir mange alvorlige smertetilstander fortsatt under- og feildiagnostisert, og halvparten av pasientene får fortsatt ikke den smertelindringen de har behov for. Sykepleierens funksjon i smertelindringen er viktig, og sykepleiere har et stort ansvar for å lindre pasientenes smerte. Siden vi umulig kan verifisere hvorvidt pasientens smerteopplevelse er holdbar, må vi aktivt forsøke å akseptere at det ikke er sykepleieren, men pasienten selv som er autoriteten (Berntzen m.fl. 2010).

Helsepersonell må unngå å la misoppfatninger og stigmatisering bli barrierer for å kunne yte effektiv og medlidende pasientsentrert pleie (Oliver m.fl. 2012). Sykepleieren må velge mellom å ha tillit eller å tvile på pasientens smerteopplevelse. Hvis sykepleieren tviler på pasientens utsagn eller overser hans/hennes uttrykk for smerte kan sykepleieren fungere som en bremsekloss i smertebehandlingen.

Å møte pasienter med smerteproblematikk daglig kan føre til at sykepleieren distanserer seg fra andres smerte på en uheldig måte. På grunn av at smerte er en subjektiv opplevelse er den ganske utilgjengelig for andres kontroll. Bare personen som rammes vet hvordan smerten føles, dens intensitet og varighet. Hvis hjelperen ikke oppfatter pasientens beskrivelse som troverdig vil ensomhet, hjelpeløshet og følelsen av å være forlatt kunne øke. Hvis sykepleieren eller andre i helseteamet opplever pasientens reaksjon på smerten som rimelig er det sannsynlig at pasienten blir forstått og at smertene blir lindret. Oppfattes pasientens reaksjon derimot som overdreven, kan dette resultere i dårlig smertebehandling. Det at den som faktisk har smertene i så stor grad er avhengig av omgivelsenes tolkning av hvilken reaksjon som virker rimelig er et tankekors (Berntzen m.fl. 2010).

4.1.2.2 Relasjonens betydning

Det å utvikle et godt sykepleier-pasientforhold ble identifisert som en nøkkelfaktor for å lykkes med smertelindring (Rejeh m.fl. 2008). Evnen sykepleieren har til å forstå pasientens behov for

smertestillende vil kunne påvirkes av forholdet mellom pasienten og sykepleieren. Det å forsøke å relatere seg til pasientens smerte ble sett på som relevant (Blondal og Halldorsdottir 2009).

I relasjoner mellom mennesker finnes det alltid en form for avhengighet mellom partene. På grunn av at samfunnet setter egenskaper som uavhengighet og selvstendighet høyt, har avhengighet blitt sett i sammenheng med passivitet og det å ikke være selvhjulpen (Martinsen 2003).

Noen sykehus har utarbeidet egne retningslinjer som tar for seg hvordan opioidavhengige pasienter skal møtes. Disse retningslinjene gir et grunnlag for en felles tilnærming til utfordringene som en innleggelse kan bety for sykepleier og pasient (Skoglund og Biong 2012).

Samhandlingsreformen setter høyere krav til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette er et ledd i å fordele oppgavene på riktig måte mellom instansene. Den økte kommunale innsatsen skal føre til raskere utskrivning fra sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Kortere liggetid sees også ved akselererte pasientforløp, som gjennomføres ved noen sykehus i Norge. Disse typene pasientforløp fører ifølge Sjøveian og Leegaard (2012) til endrede roller og økte krav til sykepleiernes evne til å aktivt overføre kunnskap mellom seg og pasientene.

I følge Statistisk Sentralbyrå (2009) har liggetiden de siste 20 årene ved somatiske sykehusavdelinger blitt redusert fra 7,5 til 4,8 i 2008. I 2010 var liggetiden redusert til et gjennomsnitt på 4,5 dager (Statistisk Sentralbyrå 2011).

I tillegg til å sette økte krav til kunnskapsoverføring kan det tenkes at den stadig kortere liggetiden i sykehus vil kunne påvirke sykepleiernes mulighet for å etablere en god og tillitsfull relasjon mellom seg og pasienten, noe som igjen vil kunne påvirke smertelindringen pasientene mottar.

Nøkkelferdigheter i møtet med rusavhengige pasienter inkluderer å akseptere pasientens autonomi, å møte pasienten på en ikke-dømmende måte og med en samarbeidende holdning. Vanskeligheter oppstår typisk når pasienten føler seg stresset på grunn av for dårlig behandling av abstinenser, smerte eller begge. Dette kan føre til at en eventuell konflikt eskalerer (Haber m.fl. 2009).

Kvaliteten på relasjonen er ifølge Martinsen (2003) det viktige. I følge Haber m.fl. (2009) kan den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient bedres ved å være proaktiv og diskutere med pasienten angående adekvat smertelindring og akseptabel atferd.

Dette kan tolkes som at medvirkning er nødvendig for å kunne bedre den terapeutiske relasjonen. Brukermedvirkning har ifølge Norvoll (2010^b) har i de senere år fått sterkt fotfeste i helsetjenesten. Begrepet har som siktemål å gi den enkelte bruker av helsetjenesten økt innflytelse og bli en aktiv deltaker i egen behandling.

I følge Kongsgaard (2005) er gjensidig tillit mellom helsepersonell og pasienten fundamentalt for at interaksjonen mellom partene skal lykkes.

Deltakerne i en studie av Morgan (2006) brukte ulike strategier for å oppnå smertelindring. En av strategiene innebar å "ikke plage" personalet unødige, og bare spørre om smertestillende når det var virkelig nødvendig, og da på en høflig måte. En av deltakerne uttrykte seg slik når han ble spurt om hvorfor deltakerne anbefalte sykepleiere å gi rusavhengige smertelindring når de har smerter:

"When we're in pain, we're in pain...stop being so rude. Have a heart" (Morgan 2006 s. 37).

Det å anvende en ikke-dømmende tilnæringsmåte og spørre pasienten om hans/hennes forbruk av rusmidler bør ifølge D'Arcy (2007) være en rutinemessig del av vurderingen av pasientene. Gjennom å ha kunnskap om pasientens rusmisbruk vil sykepleieren kunne forsikre seg om at pasienten mottar effektiv smertebehandling.

Barrierene man kan møte på i forhold til smertelindring av opioidavhengige pasienter er til syvende og sist et spørsmål om etikk. Sykepleiere vil komme over flere etiske dilemma i møte med rusavhengige pasienter. Et eksempel er å være talsmann for at pasienten skal få god smertelindring. For å møte pasientens behov må sykepleierne forstå både den fysiske og den psykiske delen av smerte og misbruk samt konsekvensene dårlig smertelindring kan få. Det finnes ingen presise mål på smerte bortsett fra pasientens egen beskrivelse (Finney 2010).

Det å opptre lyttende er en forutsetning for å nå frem til et samspill mellom sykepleieren og pasienten. I en pleiesammenheng er pasientene spesielt utsatt og sårbar. Det gjelder å bli hverandres tillit verdig (Martinsen 2012).

Sykepleieren møter ifølge Martinsen (2012) en utfordring i å forvalte makten på en forsvarlig måte og til den andres beste. I følge Norvoll (2010^a) kan vi forstå maktbegrepet som et kjennetegn ved det sosiale livet. Makten kan ha både negative og positive konsekvenser. Sykepleiere utøver makt i hverdagslige situasjoner i møtet med pasientene, og det er kanskje i nettopp disse situasjonene at makten lettest kan anvendes på en ubetenksom eller krenkende måte. Det er ikke nødvendigvis intensjonen å utøve makt i møtet med pasientene, men handlingene som utføres kan i seg selv bli en maktutøvelse på grunn av konsekvensene de får for pasienten.

På denne måten kan man se viktigheten av det å inkludere pasienten i behandling og viktigheten av at sykepleieren tar på seg rollen som talsmann for pasienten når dette er nødvendig – for å sørge for at makten vi har som helsepersonell blir brukt med pasientens beste for øye.

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Søkestrategi

Arbeidet med å finne relevante artikler har bestått av søk i ulike databaser. Det endelige utvalget består av artikler funnet i enten Medline eller Cinahl. Det å ha artikler fra to databaser kan være en styrke ved oppgaven da man i større grad har hatt mulighet til å fange opp relevant forskning på området. Det var ønskelig å finne artikler fra et større spekter av databaser, men søk i de andre databasene resulterte ikke i relevante funn. Hvis man hadde hatt mere tid, kunne kanskje mer relevante søkeord eller bedre formulerte søkeord ha blitt brukt. Søkeordene er brukt i et forsøk på å fange opp de relevante artiklene som svarte på hensikten med oppgaven. Det har vært utfordrende å finne gode kombinasjoner av søkeordene. På grunn av at oppgaven er et usystematisk litteraturstudie har søkeprosessen bestått av å søke i relevante databaser, og å anvende de utvalgte søkeordene, men uten en klar struktur. Litteratursøkene som resulterte i inkluderte artikler ble gjennomført i perioden 27.02.13-24.03.13. Det er dog gjennomført litteratursøk både før og etter denne tidsperioden. Søkene, kategoriseringen og forarbeidet med artiklene har vært en interessant men også tidkrevende prosess. Dette kan være en potensiell styrke ved oppgaven. På tross av dette er muligheten for at noe av innholdet i artiklene er feiltolket til stede.

4.2.2 Utvalget

Utvalget i denne litteraturstudien er alle forskningsartikler fra de siste 6 år bortsett fra en studie som er fra 2005. Valget om å avgrense tidsrom er tatt på bakgrunn av et ønske om å finne nyeste forskning på området. Tanken bak dette er at nyere forskning ofte baseres på tidligere forskning, og at det dermed virker mest logisk å basere utvalget på nyeste forskning på temaet. Nyere artikler vil også sannsynligvis bidra med nye perspektiver på forskning som er gjort tidligere. Det er dermed en fare for at forskning gjort tidligere, men som likevel kunne vært relevant for oppgaven, ikke er blitt inkludert i utvalget.

På grunn av begrensninger i forhold til kunnskap om forskningsmetodikk har mulige svakheter ved oppgaven dukket opp underveis i arbeidet – etter som kunnskapsnivået har økt. Ifølge Polit og Beck (2012) er reliabilitet og validitet viktige begreper i arbeidet med å planlegge og utføre kvantitativ forskning. Begreper som troverdighet og objektivitet er viktige i kvalitativ forskning. Dette er alle begreper som omhandler det å sikre seg at forskningen som anvendes er av tilstrekkelig kvalitet. For å tilstrebe dette er spørreskjemaer for å bedømme kvalitet anvendt. Allikevel kunne mer tid og kunnskap kanskje resultert i en grundigere kvalitetssikring og mulighet for å finne flere gode, relevante artikler.

4.2.2 Analysen

Tekstanalysen besto av å analysere utvalget for så å komme frem til aktuelle meningsenheter, subkategorier og til slutt hovedkategorier. Arbeidet med denne analysen er forsøkt gjort på en så strukturert og grundig måte som mulig for å få frem et best mulig resultat, men det finnes likevel forbedringsmuligheter. Arbeidet kunne blitt gjort enda mer systematisk og ryddig, og dette ville kanskje resultert i at arbeidet med resultatkapittelet ville blitt mer effektivt.

I følge Graneheim og Lundman (2004) er utvelgelsen av meningsenheter et kritisk punkt i forhold til å oppnå troverdighet. Hvis man velger for brede meningsenheter kan meningsenheten inneholde flere meninger, men hvis man velger for snevre meningsenheter (for eksempel kun et ord) vil meningene kunne bli fragmenterte. Unntak fra dette kan være hvis ordet representerer en metafor eller et symbol.

Et flertall av artiklene er kvantitative med tverrsnittsdesign. Det å ha en jevnere fordeling av kvantitative og kvalitative kunne kanskje vært positivt for oppgaven, da dette kan føre til at man får en balanse mellom individers opplevelser og mer generaliserbare funn der spørreskjema er sendt ut og besvart av flere sykepleiere. Det at hovedvekten av artiklene er kvantitative kan ha innvirket på lengden på resultatkapittelet. Grunnen til at det ble et flertall av kvantitative artikler er at det gjennom perioden med litteratursøk dukket opp svært få kvalitative artikler som var relevante. Det at flere av studiene har et tverrsnittsdesign kan være en svakhet ved oppgaven, da denne forskningsmetoden blir sett på som lite generaliserbar. Ifølge Polit og Beck (2012) er tverrsnittsdesign velegnet til å beskrive fenomener eller beskrive sammenhenger mellom fenomen på et bestemt tidspunkt. Det å undersøke sykepleieres holdninger og kunnskaper er dog temaer som ikke forandres plutselig, men som holder seg mer stabile over tid, og derfor er disse studiene relevante for oppgaven.

Utvalget består i hovedsak av artikler fra såkalte industriland. Artiklenes opphavsland har vært en av faktorene som ble tatt høyde for under litteratursøket. Et ønske om størst mulig generaliserbarhet førte til et ønske om at flertallet av artikler skulle komme fra land med generelt god levestandard og et godt utviklet helsevesen. Utvalget består derfor av artikler fra følgende land, (antall i parentes); Norge (2), Australia (2), Sverige (2), Irland, Israel, USA (2), Iran, England, og Island.

Det å ha valgt ut to artikler fra USA er noe som kan gjøre funnene mindre generaliserbare. Dette på grunn av at helsevesenet i USA er annerledes bygd opp enn det vi har i Norge. En av disse artiklene er utført med sykepleiere som arbeider ved akuttmottak, og det kan være forskjeller på hvordan det er å arbeide som sykepleier ved akuttmottak i henholdsvis USA og Norge.

Selv om det hadde vært ønskelig å finne flere artikler fra Skandinavia, kan det å ha artikler fra litt ulike deler av verdens også muligens bringe med seg noen fordeler. Man får mulighet til å se på likheter og eventuelle forskjeller mellom land, noe som også er av interesse. De landene som er representert i utvalget har kanskje i større grad et helsevesen som er klar over utfordringene med smertelindring av opioidavhengige pasienter.

Artikkelen fra Iran er kvalitativ studie utført ved tre undervisningssykehus i hovedstaden Teheran. Artikkelen ble inkludert i utvalget selv om den ikke er fra et såkalt industriland fordi den tilførte relevante funn og som belyste hvilke faktorer sykepleierne selv opplevde som hemmende/fremmede for smertelindring og hvordan disse faktorene eventuelt påvirket evnen til å gi god smertelindring.

3 review-artikler er inkludert i diskusjonskapittelet. I følge Polit og Beck (2012) blir systematiske reviewer av mange sett på som hjørnesteiner i evidensbasert praksis. Det å inkludere review-artikler vil på denne måten kunne styrke argumentasjonen i diskusjonskapittelet samt være med på å gi et mere solid faglig grunnlag i møtet med opioidavhengige pasienter med smerteproblematikk.

Områder som hvilke områder sykepleierne mangler kunnskap om og betydningen av utdanning hadde vært interessante tema å gå nærmere inn på, men har av tids- og omfangsmessige årsaker blitt utelatt fra oppgaven.

Det har til dels vært utfordrende å finne studier som går direkte inn på hensikten med oppgaven. De utvalgte artiklene er relevante, men tar delvis for seg litt ulike perspektiver som belyser hensikten. Hovedfunnene i resultatet er allikevel basert på flere studier.

5.0 Konklusjon

Flertallet av sykepleierne følte at de manglet kunnskap om smertelindring av rusavhengige pasienter. Rusmisbrukerne opplevde det samme, at sykepleierne manglet kunnskap om avhengighet og smertebehandling. Pasientene rapporterte også høyere smertenivåer enn det sykepleierne trodde. Uvitenhet kan føre til at pasienter med rusavhengighet ikke får tilstrekkelig smertelindring og dermed gjennomgår unødvendige smerter og belastninger, som bryter med forsvarlighetskravet.

Det viste seg som viktig at sykepleierne hadde kunnskap om de spesielle hensynene som må tas i smertelindringen av opioidavhengige pasienter. Manglende kunnskap om avhengighetsproblematikk førte til dårligere behandling av abstinenser. En av årsakene til kunnskapsmangelen var at sykepleierne i somatikken ikke tok kontakt med sykepleiere på avdelinger for alkohol- og rusavhengighet for å få råd og informasjon. Samarbeid og kunnskapsoverføring mellom fagenheter er et potensielt forbedringsområde når det gjelder å øke sykepleiernes fagkunnskaper.

Det viste seg at noen sykepleiere hadde moderate negative holdninger mot rusavhengige pasienter. Sykepleierne med mer stereotype holdninger opplevde at kvaliteten på pleien de ga til disse pasientene ble lavere enn den de ga pasienter uten rusavhengighet. Sykepleierne som hadde en sterk intensjon om å gi god pleie, ga også bedre pleie.

Det å utvikle en god relasjon mellom sykepleier og pasient ble identifisert som en nøkkelfaktor for å lykkes med smertelindring. Sykepleieres holdninger kunne påvirke pasienten på flere måter og ble derfor viktig for utviklingen av en god relasjon.

Helsepersonells holdninger viste seg å kunne ha store konsekvenser for vellykket smertebehandling. Samarbeid viste seg nødvendig for å oppnå god smertelindring, og dårlige holdninger der mistillit oppsto vanskeliggjorde samarbeidet. Dette kan tyde på at en holdningsendring er nødvendig for å sikre at opioidavhengige pasienter mottar smertelindring av like god kvalitet som andre pasienter.

Nøkkelferdigheter i møtet med rusavhengige pasienter inkluderer å akseptere pasientens autonomi, å møte pasienten på en ikke-dømmende måte og med en samarbeidende holdning.

Både gode holdninger og tilstrekkelig kunnskap viste seg nødvendig for å yte god smertelindring av pasienter med opioidavhengighet. Hvis en av delene mangler vil det kunne resultere i negative konsekvenser for pasientene.

LITTERATURLISTE

- Aas MN (2003) *Bare som nykter har jeg verdighet – om rusmiddelavhengiges livs- og omsorgssituasjon*, Hovedfagsoppgave i ernæring, helse- og miljøfag, Høgskolen i Akershus, Stabekk
- Al-shaer D, Hill PD og Anderson MA (2011) Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention, *MEDSURG Nursing*, 20 (1), s. 7-11
- Baldacchino A, Gilchrist G, Fleming R og Bannister J (2010) Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with substance abuse, *Addictive Behaviors*, 35, s. 270-272
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012) *NOU 2012:5 Politikk for likestilling*, <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012-15/18/5.html?id=700060>> [lastet ned 09.05.13]
- Bergman CL (2012) Emergency nurses' perceived barriers to demonstrating caring when managing adult patients' in pain, *Journal of Emergency Nursing*, 38 (3), s. 218-225
- Berntzen H, Danielsen A og Almås H (2010) Sykepleie ved smerter, i: Almås H, Stubberud DG og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie 1*, s. 355-398, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Blay N, Glover S, Bothe J, Lee S og Lamont F (2012) Substance users' perspective of pain management in the acute care environment, *Contemporary Nurse*, 42 (2), s. 289-297
- Blondal K og Halldorsdottir S (2009) The challenge of caring for patients in pain: from the nurses' perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 2897-2906
- Bourne N (2010) Acute pain management in the opioid-tolerant patient, *Nursing Standard*, 25 (12), s. 35-39
- Brinchmann BS (2007) Dydsetikk, i: Brinchmann BS (red.) *Etikk i sykepleien*, s. 121-134, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brinchmann BS (2007) Nærhetsetikk, i: Brinchmann BS (red.) *Etikk i sykepleien*, s. 105-120, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Broekmans S, Vandershueren S, Morlion B, Kumar A og Evers G (2004) Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital, *International Journal of Nursing Studies*, 41, s. 183-189

Cicero TJ, Lynskey M, Todorov A, Inciardi JA og Surratt HL (2008) Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse, *Pain*, 139, s. 127-135

Clarke S (2010) Introduction to Research, i: BM Johnson og PB Webber (red.) *An introduction to Theory and Reasoning in Nursing*, 3.utg., s. 217-249, Philadelphia, Wolters Kluwer Health

Cousins MJ, Brennan F og Carr DB (2004) Pain relief: a universal human right, *Pain*, 112, s. 1-4

Dalland O (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3.utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

D'Arcy Y (2007) Managing pain in patient who's drug-dependent, *Nursing2007*, 37 (3), s. 36-41

Den norske legeforening (2009) Retningslinjer for smertelindring, Oslo

Dihle A, Bjølseth G og Helseth S (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, 15, s. 469-479

Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG og Sjöström B (2008) Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2042-2050

Evjen R, Kielland K.B., Øiern T (2007) *Dobbelt opp – Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, 2 utg., Oslo, Universitetsforlaget

Finney L (2010) Nursing care for the Patient with Co-existing pain and Substance Misuse: Meeting the Patients' Needs, *MEDSURG Nursing*, 19 (1), s. 25-30

Folkehelseinstituttet (2010) *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden I Norge*, <<http://www.fhi.no/dokumenter/6dec3fba1b.pdf>> [lastet ned 14.03.13]

Ford R, Bammer G og Becker N (2009) Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough, *International Journal of Nursing Practice*, 15, s. 112-118

Ford R, Bammer G og Becker N (2008) The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development, *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2452-2462

- Ford R (2011) Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs, *Contemporary Nurse*, 37 (2), s. 241-252
- Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur
- Goffman E (1990) *Stigma – Notes on the management of spoiled identity*, New Jersey, Penguin Books
- Graneheim UH og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112
- Gullestad SE (2010) Brukermedvirkning er ikke løsningen, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47 (6), s. 547-549
- Haber PS, Demirkol A, Lange K og Murnion B (2009) Management of injecting drug users admitted to hospital, *The Lancet*, 374, s. 1284-1293
- Haller DL og Acosta M (2010) Characteristics of pain patients with opioid-use disorder, *Psychosomatics*, 51 (3), s. 257-266
- Helsedirektoratet (2010) Fakta om narkotiske stoffer, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld.nr.47), Oslo
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1 *Lovens formål* <<http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>> [lastet ned 05.05.13]
- Helsepersonelloven (2012) § 4 *Forsvarlighet* <<http://lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>> [lastet ned 05.05.13]
- Howard MO og Chung SS (2000) Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys, *Substance Use & Misuse*, 35 (3), s. 347-365
- Håkonsen KM (2010) Kunnskapens veier, i: Håkonsen KM (red.) *Innføring i psykologi*, 4.utg., s. 99-131, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Idvall E, Hamrin E, Sjöström B og Unosson M (2002) Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management, *Qual Saf Health Care*, 11, s. 327-334

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, s. 3-14

Kongsgaard UE, Bell RF and Breivik H (2005) Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling, *Tidsskrift for Den norske legeforening*

Kristoffersen NJ og Nortvedt P (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient, i: Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug EA (red.) *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*, 2. utg, s. 83-133, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Krokmyrdal KA (2010) *Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk*, Masteroppgave, Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning, Oslo

Ladwig GB og Ackley BJ (2011) *Mosby's guide to nursing diagnosis*, 3. utg., Maryland Heights, Mosby Elsevier

Lindberg JO og Engström Å (2010) Critical care nurses' experiences: "A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management", *Pain Management Nursing*, 12 (3), s. 163-172

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

Lovi R og Barr J (2009) Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study, *Contemporary Nurse*, 33 (2), s. 166-178

Marco CA, Plewa MC, Buderer N, Hymel G og Cooper J (2006) Self-reported pain scores in the emergency department: lack of association with vital signs, *Academic Emergency Medicine*, 13, s. 974-979

Martinsen K (2012) *Løgstrup og sykepleien*, Oslo, Akribe AS

Martinsen K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*, Oslo, Universitetsforlaget

Martinsen K (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, Oslo, Akribe AS

McCaffery M, Grimm MA, Pasero C, Ferrell B og Uman GC (2005) On the meaning of "drug seeking", *Pain Management Nursing*, 6 (4), s. 122-136

McCaffery M (2011) *Stigma and misconceptions related to addictive disease*, <<http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=7904>> [lastet ned 01.05.2013]

McCreaddie 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, 2730-2740

Mehta V og Langford RM (2006) Acute pain for opioid dependent patients, *Anaesthesia*, 61, s. 269-276

Morgan BD (2006) Knowing how to play the game: Hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief, *Pain Management Nursing*, 7 (1), s. 31-41

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*, <<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>> [lastet ned 21.03.13]

Natan MB, Beyil V og Neta O (2009) Nurses' perception of the quality they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action, *International Journal of Nursing Practice*, 15, s. 566-573

Nordtug B (2012) *De kunnskapsrike pasientene*, <<http://tidsskriftet.no/article/2265561/>> [lastet ned 15.05.13]

Norsk sykepleierforbund (2009) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*, Oslo, NSF

Norsk sykepleierforbund (2008) *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*, Oslo, NSF

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, Oslo, NSF

Nortvedt P og Grønseth R (2010) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar, i: Almås H, Stubberud DG og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie 1*, s. 17-32, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Norvoll R (2010^a) Makt og avmakt, i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*, s. 67-97, Gyldendal Norsk Forlag AS

Norvoll R (2010^b) Sosiale avvik og sosial kontroll, i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*, s. 99-121, Gyldendal Norsk Forlag AS

Oliver J, Coggins C, Compton P, Hagan S, Matteliano D, Stanton M, St. Marie B, Strobbe S og Turner HN (2012) American Society of Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients with Substance Use Disorders, *Pain Management Nursing*, 13 (3), s. 169-183

Polit DF og Beck CT (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. utg, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Pud D, Cohen D, Lawental E og Eisenberg E (2006) Opioids and abnormal pain perception: New evidence from a study of chronic opioid addicted and healthy subjects, *Drug and Alcohol Dependence*, 82, s. 218-223

Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Anoosheh M og Kozemnejad A (2008) Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study, *International Nursing Review*, 55, s. 468-475

Rognstad MK, Fredheim OMS, Johannesen TEB, Kvarstein G, Skauge M, Undall E og Rustøen T (2012) Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, s. 545-552

Skeie I (2007) Rus skjuler sykdom, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 3, s. 287

Sinatra R (2010) Causes and consequences of inadequate management of acute pain, *Pain Medicine*, 11, s. 1859-1871

Sjøveian AKH og Leegard M (2012) Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?, *Sykepleien Forskning*, 7, s. 380-387

Skoglund A og Biong S (2012) Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus, i: Biong S og Ytrehus S (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, s. 186-201, Oslo, Akribe AS

Statens institutt for rusmiddelforskning (2011) *Hvor mange bruker narkotika i Norge og Europa?*, <http://www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+narkotika+i+Norge+og+Europa%3F.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yUwRVPL28nMhPLZB9MtlY05hRHIWe.ips> [lastet ned 14.03.13]

Statistisk sentralbyrå (2009) Pasienter på somatiske sykehus, 2008, <<http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2009-04-23>> [lastet ned 19.05.13]

Statistisk sentralbyrå (2011) Pasienter på somatiske sykehus, 2010, <<http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2011-05-24>> [lastet ned 19.05.13]

Sundin G (2000) *Stoffmisbrukere må ha særomsorg*, <<http://tidsskriftet.no/article/227896>> [lastet ned 10.05.13]

Waal H (2007) *Ruspasienten og spesialisthelsetjenesten*, <<http://tidsskriftet.no/article/1484970/>> [lastet ned 15.05.13]

WHO (2013) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*, <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/> [lastet ned 16.04.13]

Vedlegg 1: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Komm- entar i forhold til kvalitet
Al-shaer m.fl. (2011)	Spl ble forespurt om egne kunnskaper og holdninger vedr. sm.lindring	Kvantitativ, ikke- eksperimentell beskrivende design	129 deltakere Sykepleiere	Gj.snittsnivå av kunnskap var på 25,9/32. Sykepleiere med lang erfaring fra avdelingen hadde betydelig mer kunnskap enn de som hadde jobbet 1-5 år ved avdelingen. Utdanningsnivå (f.eks bachelor vs. master/videreutdanning) var ikke vesentlig. Kun 10% svarte riktig på spm om hvor mange pasienter som overdriver smertene sine. Mangler kunnskap om farmakologiske intervensjoner.	God kvalitet
Andenæs m.fl. (2012)	Å kartlegge helsepersone lls handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhen gige med smerte innlagt i norske sykehus	Kvantitativ studie Beskrivende tverrsnitts- design med hensiktsmessi g utvalg	312 deltakere, i hovedsak spl men noen leger	Holdningene til helsepersonell synes til en viss grad å trekke pasientens troverdighet i tvil. Lite bruk av smertekartleggingsverktøy	God kvalitet, men egenutv iklet spørres kjema
Blondal m.fl. (2009)	Øke forståelsen av hvordan spl opplever det å yte omsorg til pasienter med smerter	Kvalitativ Fenomenologi sk studie	10 deltakere Sykepleiere	Smertelindring kan ses på som en utfordrende reise. Spl tok på seg rollen som pas advokat. 4 hovedutfordringer: å lese pas, takle indre konflikt/dilemma, samarbeid m/leger, organisatoriske hinder. Spl. kunne tvile på pas ærlighet hvis de trengte mer sm.st enn normalt	God kvalitet
Ene m.fl. (2008)	Å sammenligne	Kvantitativ Tverrsnitt	19 spl og 77	Undervisning om smerte og smertebeh hadde liten	God kvalitet

	smertenivå rapportert av pasienter med det spl. dokumenter er samt funne ut om pas får tilfredsstillende mengder opioider		pasienter i del 1 og 141 pasienter og 22 spl i del 2	effekt. 40% av spl brukte ikke VAS-skalaen. 25% av spl vurderte ikke effekten av gitte smertestillende. Spl-dokumentasjon av pasientenes smertenivå var av større betydning ifht. behandling enn pasientenes egne rapporter om hvor vondt de hadde.	
Ford (2011)	Rusmisbrukeres atferd og forholdet mellom spl og denne pas.gruppen	Kvantitativ + kvalitativ Tverrsnitt	1605 deltakere Sykepleiere	Spl. så på pasient-vold som et hinder for spl.utøvelsen gr. fare for egen trygghet. Spl betvilte pas. motivasjon for sm.stillende. Mangel på tillit ødelegger spl-pas forholdet.	God kvalitet
Ford m.fl. (2008)	Å finne ut hvilke faktorer som spiller inn på spl sine holdninger mot rusmisbrukere og hva som skal til for å bedre disse	Kvantitativ studie Tverrsnitt	1605 deltakere sykepleiere	Studien viser at sykepleiere sliter med å yte god omsorg til rusmisbrukere. 25% følte seg kvalifisert. 30% var motiverte for arbeide med denne pasientgruppen. Støtte på arbeidsplassen i form av kollegaer man kan snakke med var den viktigste faktoren for å bedre den terapeutiske holdningen	God kvalitet
Kelleher m.fl. (2008)	Kartlegge kunnskapene til leger og spl ang rusmisbrukere og rusmisbruk	Kvantitativ	66 deltakere Sykepleiere og leger	De fleste (73%) av deltakerne synes pasientene får for dårlig pleie. Anamnese ift. rus ble bare sjeldent gjennomført. 55,6% syntes at rusmisbrukere er ubehagelige og arbeide med	God kvalitet mulig litt lite utvalg
Lindberg m.fl. (2010)	Beskrive erfaringene til spl. ifht. vurdering/kartlegging av smerte og behandling	Kvalitativ	6 deltakere Sykepleiere	Viktig å forstå hvordan pas. uttrykker smerte. Spl gjorde det de kunne for å lindre pas. smerter. Å mislykkes ble sett på som å mislykkes i jobben evt. også et personlig nederlag. Det å ta seg tid og være tilstede – viktig komplementærtiltak.	God kvalitet, mulig litt lite utvalg
McCaffery m.fl. (2005)	Hva får sykepleiere til å kalle pasienter for «medisin-oppsøkende	Kvantitativ	369 deltakere Sykepleiere (generell, akutt, og smerte)	Atferd som ble definert som «medisin-oppsøkende» var at pas gikk til forskjellige akuttmottak, forteller hvordan spl skal adm. medikamenter,	God kvalitet

	»? Hva legges i uttrykket?			inkonsistente historier om smerte. Smertespl. svarte at tre typer atferd var lite sannsynlig relatert til medisin-opsøkende atferd. Utrykket blir brukt i samtaler om pasienter men ikke i dokumentasjon. Negativt ladet uttrykk.	
McCreaddie m.fl. (2010)	Undersøke spl + rusmisbrukeres oppfatning av smertelindring i akuttmottak	Kvalitativ studie Individuelle intervju + fokusgrupper	33 deltakere Sykepleiere og rusmisbrukere	Rusmisbrukerne opplevde et moralsk imperativ ifht. pleie og beh. Spl's tidligere negative erfaringer kan føre til økt stigma. R.m opplevde stigma, diskriminering og dømmende personale. De opplevde å bli behandlet annerledes enn andre pas	God kvalitet
Natan m.fl. (2009)	Ser på spl's holdninger og normer mot rusmisbrukere, forskjellen mellom intendert og faktisk omsorg pas får	Kvantitativ Correlational design	135 deltakere Sykepleiere	Spl hadde stereotype holdninger mot rusmisbrukere – gir dårligere pleie til denne pas.gruppen. En spesielt vanskelig pas.gruppe og er redde for vold og/eller manipulasjon. Fant en sammenheng mellom sterk intensjon om å gi pleie av høy kvalitet og mer positive holdninger	God kvalitet
Rejeh m.fl. (2008)	Å finne ut hvilke barrierer spl ser ifht. smertelindring og hvordan disse barrierene påvirker smertelindring	Kvalitativ	26 deltakere sykepleiere	Maktløshet var en av hovedbarrierene (at spl er lite selvstendig og må følge legenes ordre). Å ha leger som ledere ble også sett på som noe som gjorde sm.lindring vanskeligere. Tidsfaktoren og mangel på personalressurser. For lite tid til å lytte til pas smerteopplevelser	God kvalitet, men fra Iran
Rognstad m.fl. (2012)	Undersøke spl og legers egenopplevelse kompetanse ang post-op smertelindring	Kvantitativ Beskrivende tverrsnitt	537 deltakere (407 spl)	86% av spl sa at pas ofte eller veldig ofte fikk god nok smertelindring. 53% av deltakerne sa at pas spurte ofte eller svært ofte etter sm.stillende. Rett over halvparten så på seg selv som kompetente til å håndtere pasientenes totale smerteopplevelse	God kvalitet

Vedlegg 2: Oversikt over litteratursøk

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstracts	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkl. artikler
27.02.13	Cinahl	Abstracts and full text	Substance abuse AND nurses attitudes	12	3	2	2
27.02.13	Cinahl		Substance abuse AND pain management	30	3	1	1
01.03.13	Medline	Abstracts, English language and full text	Nursing staff, hospital AND pain management	23	1	1	1
05.03.13	Cinahl	Abstracts, full text	Nurses attitudes AND drugs	74	3	2	1
18.03.13	Medline	Abstracts, full text and English language and 2003-2013	Analgesic, opioids AND attitude of health personell	91	4	1	1
18.03.13	Medline	Abstracts, full text and English language and 2003-2013	Pain measurement AND nursing staff, hospital	79	2	2	2
24.03.13	Cinahl	Abstracts and full text AND 2003-2013	Substance users AND nurses attitudes	11	1	1	1

Vedlegg 3: Analyse

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<p>Spl vurderer sin egen kunnskap om smertelindring til å være mellom 2.16-3.0 på en skala fra 1-5 (1).</p> <p>23,2% av spl brukte kartleggingsverktøy ofte (1)</p> <p>83,5% svarte riktig på om opioidavhengige har økt toleranse (1).</p> <p>På spørsmål om langvarig bruk av opioider fører til overfølsomhet for smerte svarte 45,3% "vet ikke" mens 47,6% var enige i påstanden (1).</p> <p>70,8% svarte riktig på spørsmålet om rusmisbrukere trenger store doser opioider for å få effekt (1).</p> <p>1/3 av sykepleierne hadde ikke hatt noe undervisning på arbeidsplassen (2)</p> <p>1/3 av sykepleierne hadde ikke hatt noe undervisning om rusmidler og alkohol underveis i utdanningen (2).</p> <p>44% rapporterte en tro på egen prestasjonsevne (selvfølelse) i sykepleierrollen (2).</p> <p>25% følte seg kvalifiserte til å jobbe med rusmisbrukere (2).</p> <p>22% hadde hatt undervisning på arb.plassen siste året (2)</p> <p>Den positive effekten av mye erfaring med pasientgruppe vil bli hemmet hvis man har fått for mye undervisning om fagområdet på forhånd (2).</p> <p>Undervisning på arbeidsplassen</p>	<p>Kunnskap om smertelindring til opioidavhengige.</p> <p>Undervisning på arb.plass.</p> <p>Sykepleierens kompetanse.</p> <p>Vurdering av eget kunnskapsnivå og forutsetninger for å yte god sykepleie</p> <p>Erfaring med pasientgruppen</p> <p>Smertelindring</p> <p>Makt</p>	<p>Kunnskap og den praktiske dimensjonen av smertelindring</p>

<p>hadde liten effekt (2,3, 4)</p> <p>Sansynligheten for å få opioider økte hvis VAS-scoren var dokumentert (3).</p> <p>Effekten av gitt smertestillende ble kun vurdert av 25% (3).</p> <p>40% brukte ikke VAS (3).</p> <p>Profylaktiske analgetika ble oftere brukt etter gitt undervisning (3).</p> <p>20% av spl sa at de aldri eller sjeldent dokumenterte pasientenes smertenivå etter at de hadde gjort en VAS-score (3).</p> <p>Spl-dokumentasjon hadde større betydning for valg av behandling enn pasientenes egne rapporter om smerte (3).</p> <p>Sykepleiernes evne til å vurdere smerte i overensstemmelse med pasientene hadde økt noe etter undervisning (3).</p> <p>Sykepleierne undervurderte alvorlig smerte og overvurderte mild smerte (3).</p> <p>Å innhente historie ifht. rusmidler blir bare gjort ved noen tilfeller, tilfeldig (4).</p> <p>Generelt tilfredsstillende/gjennomsnittelig kunnskapsnivå (4).</p> <p>80,9% var uenige i at heroin er så avhengighetsskapende at du ikke kan komme ut av misbruket når du først har blitt avhengig (4).</p> <p>Sykepleierne følte selv at de manglet kunnskap/selvtillit ang. avhengighet av andre stoffer enn alkohol (4).</p> <p>Største hindring for dårlig</p>		
---	--	--

<p>behandling var knapphet/mangel på tjenester, ikke mangel på kunnskap eller opplæring (4).</p> <p>Gode nok evner til å gi pleie til rusmisbrukere (5).</p> <p>En hovedbarriere var maktesløshet (7).</p> <p>Organisatoriske hinder (regler) ble også nevnt som hinder for smertelindringen (7).</p> <p>Smertelindring – en av primæroppgavene til spl (7).</p> <p>Kunnskap og ferdigheter essensielt i sm.behandling (7).</p> <p>Vitale tegn ble brukt i smertevurderingen (8).</p> <p>Variert syn på bruk av smerteskalaer (10).</p> <p>Opplevde et gap mellom teori og praksis i smertelindringen (10).</p> <p>Frustrasjon over ubehandlet smerte, støtte fra kolleger hjalp (10).</p> <p>Utdanningsnivå ikke vesentlig ifht. kunnskapsnivå (11).</p> <p>86% av spl mente pas ofte eller veldig ofte fikk god nok sm.lindring (13).</p> <p>54% følte seg kompetente til å håndtere pas totale smerteopplevelse (13).</p>		
--	--	--

Vedlegg 4: VAS-skalaen

Et eksempel på VAS-skalaen:



VAS er navnet på en mye brukt målemetode som graderer subjektive symptomer eller plager. Vanligvis bruker man en 10 cm lang linje hvor pasienten setter et kryss som tilsvarer det nivå av f.eks. smerte som best dekker hans opplevelse. 0 betyr ingen smerte og 10 verst tenkelige smerte. VAS er en enkel metode for å vurdere symptomer og plager over tid hos samme pasient (Store norske leksikon).